

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-821394

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12503	Société : RAN	188755	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BENZAKI ALAE
Nom & Prénom : BENZAKI ALAE		Date de naissance : 05/03/1986	
Adresse : 10 Avenue Youssef Ben Ali - 2ème étage - Résidence Pablo 3 Apt 2		Tél. : 06 73 57 29 38 Total des frais engagés : 317,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  Dr. TAHAR BENZAÏK Pédiatre Immeuble Mountazah, Angle Avenue Medioouna et rue Bengrir, bureau N° 8, 2ème étage, Bettana - Sale Fixe: 05 30 05 58 18 I.N.C.P: 101266773			
Date de consultation : 14/10/2023	Nom et prénom du malade : BENZAKI Nour Age: 3 ans		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	Nature de la maladie : Rectal allergy		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. Fait à : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : MUPRAS 27 DEC 2023 R ACCUEIL			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/10/23	CS	1	250 DH	INP : 101265773 Dr. J.A. Dahab bureau N 8, 2 <sup>e</sup> étage, Bâtiment Sal Date : 05/10/23 N.P.E. 101265773

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAHAB	14/10/23	62,00

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
D	00000000 00000000	B	35533411 11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
B				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
G				
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

**Dr. TAMI Laila**  
**Pédiatre**

- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplômée en Dermatologie Pédiatrique de l'Université de Dijon - France
- Ancienne praticienne à l'Hôpital d'Enfants de Rabat
- Ancienne interne du CHU de Rabat



**الدكتورة تامي ليلي**  
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع وحديثي الولادة  
خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط  
حاصلة على دبلوم في الأمراض الجلدية عند الأطفال  
من جامعة ديجون - فرنسا  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي للأطفال بالرباط  
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

**SALE le : 14/10/2023**

## **ORDONNANCE**

**Enf BENZAKI NOUR // 3 ans et 5 Mois**

**1) BETASTENE 0.05 % GTTES FLC 30 ML**  
150 gouttes / jour le matin pdt 5 jours

**2) ALER-Z SIROP**  
1/2 cam x 2 / jour pdt 5 jours

*Dr. TAMI Laila  
Pédiatre  
Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et Rue Bengir,  
bureau n° 8, 2ème étage, Bettana, Sale  
Tunisie  
Fax: 05 30 06 53 18  
I.N.P.E. 10 10 06 77 73*

⊕ +212 660 955 353

☎ +212 530 065 818

✉ lailatami@gmail.com

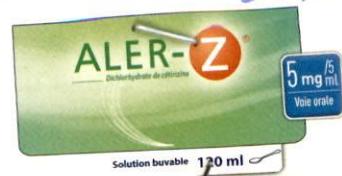
🏠 Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et Rue Bengir, Bureau numéro 8, 2ème étage, Bettana Salé  
بناء المنتزه ، ناصية شارع مديونة و زنقة بنكري، مكتب رقم 8، الطابق الثاني، بطانة سلا

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

38100



# Bétastène®

Bétaméthasone

0,05%

# Bétastène®

Bétaméthasone

0,05%

قطرات



## Gouttes

Voie orale

Flacon de 30 ml  
avec compte-gouttes

Flacon de 30 ml

Solution buvable

Voie orale

LABORATOIRES  
**PHARMA 5**  
Sous licence

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5  
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable  
21, Rue des Asphodèles, Maârif, Casablanca - Maroc

# بيطاستين® بيطاستين®

بيطامطازون

0,05%

بيطامطازون

التركيب :

بيطامطازون ..... 0,05  
سواع كمية كافية ل ..... 100 مل  
سواع ذات تأثير معلوم : سوربتون، سكروز،  
بروبيلين غликوز

اقرأ النشرة بتأنٍ قبل الاستعمال

يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة لا تتعدي  
25 درجة مئوية

يحتفظ بالقارورة في تغليفها الخارجي بعيداً عن  
الضوء

بعد فتح القارورة، يمكن الاحتفاظ بهاً الدواء  
لمدة 8 أسابيع كحد أقصى

لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال  
هذا الشكل مخصص للرضع وللأطفال

Liste I  
Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites  
احترم المقادير المعينة

AMM : 213 DMP/21/NNP

Bétastène 0,05%, solution  
buvable, flacon de 30ml



فار  
مح  
عن