

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0037740

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12483 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHEGHAL H<sup>28</sup>  
 Date de naissance : 06/02/1986 201149  
 Adresse : Casablanca  
 Tél. : 0661721335 Total des frais engagés : 599,3 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/01/2024  
 Nom et prénom du malade : CHEGHAL Sofya Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Angine  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : CMW Le : 06/01/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/01/24        | S                 |                       | 2.10                            |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

Dr. Krima ZINEB ET ASSOCIÉS  
69, Rue de la République  
35000 Lorient  
Tél : 02 97 39 19 19

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

06/01/24

299,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

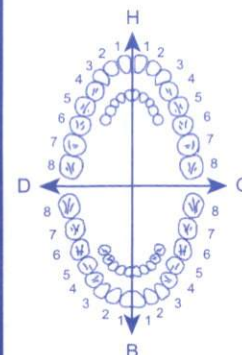
Coefficient

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

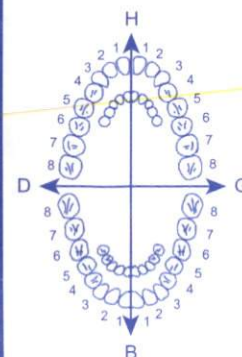
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Cabinet Dr. ZRIKEM Karima - Ep-Himmi

عيادة الدكتورة زريكيم كريمة - زوجة حمدي

Pédiatre  
Maladies du Nourrisson et de l'Enfant  
Allergie - Asthme  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire  
Ex-Enseignante à la Faculté de Médecine  
de Casablanca

طبيبة الأطفال  
اختصاصية في أمراض الأطفال  
الحساسية - الضيق  
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le : 06 01 26 : الدار البيضاء

19 E 60AL. 10 gles

63,00 x 2 = 126,00

19 Loclov. 20 g (x2)

19 100 x 20 x 20

19,00

21 Bruclee. 2000 x 20 x 20

12,00

21 doliprane 300

1000 x 20

24,00

21

~~21~~ 2000 x 20

1000 x 20

21

21 2000 x 20

الرجو إحترام وصفة طبيبك

1000 x 20

Flixotide 125

25 x 2', x 3x

T = 299,30

Dr. Karima ZRIKEM Ex-HIMMI  
Pédiatre  
Rue Zerkhane (Ex. Reims)  
SA - Tel : 29 31 60 / 68

PHARMACIE DES MAUSOLEES  
Dr. ...  
30. R. ...  
Casa - Tel : 85 22 66 28 99

1.2





5 mg/ml

PPV 12 DH50  
PER 06 / 26  
LOT M2 033

12,80

**LOREUS<sup>®</sup>**

Desloratadine 0,5 mg/ml

Solution buvable  
Flacon de 60 ml



6 118000 04 1696

Desloratadine  
Pour 1 ml de solution buvable.  
**Les autres composants sont:**  
Propylène glycol, sorbitol liquide, acide citrique anhy-  
dride, sucre, arôme bubble gum, eau purifiée.  
**Excipients à effet notoire :** Sorbitol, Propylène gly-

**Classe pharmacothérapeutique ou le type d**  
**LOREUS<sup>®</sup> 0,5 mg/ml, solution buvable** contient

**Indications thérapeutiques :**  
**LOREUS<sup>®</sup> 0,5 mg/ml, solution buvable** est  
somnolent. Il aide à contrôler votre réaction allerg  
**LOREUS<sup>®</sup> 0,5 mg/ml, solution buvable** se  
(inflammation nasale provoquée par une allergie  
chez les adultes, les adolescents et les enfants de  
le nez qui coule ou qui démange, les démangea  
larmoyants.  
**LOREUS<sup>®</sup> 0,5 mg/ml, solution buvable** est  
l'urticaire (affection cutanée provoquée par une a  
éruptions urticariennes.  
Le soulagement de ces symptômes dure toute la  
normales et préserve votre sommeil.

**LOREUS<sup>®</sup>**  
Desloratadine 0,5 mg/ml



IMPORTER & DISTRIBUTOR

**S.I.C.**  
Bldg n°56 - Street  
Maadi - Cairo  
Registration n°4

العنوان  
استيراد شركة سمات للتجارة الدولية

**BOTTU SA**  
**PPC : 117 DH 00**



3 564300 001039

LOT



10012154  
2023-03  
2026-02

CETU2090  
CT12815B

PPV:24DH50  
PER: 07/25  
LOT: M2436

Le type de rhinite allergique dont vous souffrez et  
**LOREUS<sup>®</sup> 0,5 mg/ml, solution buvable.**  
d'un patient à l'autre et vous devez donc suivre

Ames sur une période de moins de 4 jours par  
votre médecin, vous recommandera ce traitement pour  
votre maladie.

Ames sur une période de 4 jours ou plus par  
vous recommander ce traitement pour une durée

adine ou à l'un des autres composants contenus

des effets indésirables, mais ils ne surviennent  
able, des cas de réactions allergiques sévères  
(urticaire et gonflements) ont été très rarement  
graves, arrêtez de prendre le médicament et

Les effets indésirables avec la desloratadine solution  
la solution ou un comprimé placebo.  
nts âgés de moins de 2 ans étaient diarrhée, lévre  
esse de la bouche et le mal de tête ont été rapportés

63,00

23,00

19,00