

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10059**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**DRISS HILCHY**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0655358345**

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : **GHAZALA HABIB** Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	
 DROITE      11 21      22      GAUCHE 12      13      23      24 14      15      25      26 16      17      27      28 18					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
 HAUT      48      38 37 47      46      36 35 45      44      34 33 43      42      32					

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
 DROITE      11 21      22      GAUCHE 12      13      23      24 14      15      25      26 16      17      27      28 18		D	H	G
		25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				
<b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>				

Votre signature ou celle de votre praticien	Votre signature ou celle de votre dentiste
Signature	Signature

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 17 / 0060610		
MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	
Nom & Prénom		driss hichy	
Fonction	10059	Phones	0655352365
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient GHZALA HABIB		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 62 ans
Date 23/06/2020			
Nature de la maladie Arthralgie			
Date 1ère visite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Consultation			1500H
PHARMACIE		Date 23.06.2020	
Montant de la facture		145,40	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date 30/06/2020		Nombre	
		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

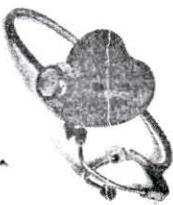
**Dr.Smail MALKI**

**Médecin généraliste**

Lauréat de la faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca.  
Ancien Médecin interne à l'hôpital  
Péphérique de Berrchid.

**دكتور إسماعيل المالكي**

**طبيب عام**



خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الإقليمي  
ببرشيد

## **ORDONNANCE**

DEROUA, le : 23.03.202

GHZALIA

HABIB



58,40

1/ Bifipal 20 mg  
3cp matin & 5jus

2/ Melodium BC 300 mg  
1ml



165,40

matin

PHARMA CIE IMAD  
122, Lot Nour-Deroua  
Tel: 05.22.53.27.92

Dr.Smail MALKI  
Médecin général  
Lot Chabab 1, N°102-Deroua

TL: 05.22.03.43.28

# EFFIPRED®

(Prednisolone)

## PRESENTATIONS

Boîte de 30 comprimés effervescents à 5 mg

Boîte de 20 comprimés effervescents à 20 mg

## COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg

Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium)..... 5 mg

Excipient qsp..... 1 comprimé effervescent

- Comprimés effervescents à 20 mg

Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium)..... 20 mg

Excipient qsp..... 1 comprimé effervescent

## PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique, utilisé principalement pour ses propriétés antiinflammatoire, antiallergique et immunodépressive.

## INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocrinien, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence en une prise le matin.

## CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotiques ou antiviraux.
- Certaines maladies cardiaques.
- États psychotiques.

## PRÉCAUTIONS

### En cas de traitement

- Obscurcir la calcification osseuse.
- Réduire la quantité de sodium.

- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription du médecin.

EFFIPRED®

20 Comprimés effervescents 20 mg



6 118000 031369

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40  
EXP 11/2022  
LOT 98025 3

300 mg  
30 GÉLULES

# Relaxium® B6

# Relaxium® B6

300 mg

1 gélule par jour

magnésium  
vitamine B6



COMPLEXE RELAXANT

LOT : 200 113  
DLUO : 03/2023  
87,00 DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J.OUAIDI Pharmacien Responsable

VOIE ORALE  
30 GÉLULES

Deva

146-147 ZI. Tit Mellil - Casablanca