

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

het sur les dots /SAFLU.

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ntaire :

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](http://www.mupras.com)

Nº P19-0039042  
*42525*

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8314**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BETTAH ABDELJABAR**

Date de naissance : **01-01-1968**

Adresse : **N° 322 LOT NAOURASSE BARBOUARZA**

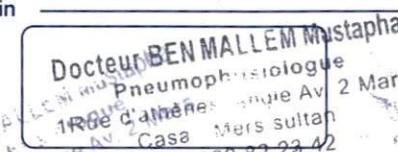
**CASABLANCA**

Tél. : **06.61.31.1630**

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **27/07/2020**

Nom et prénom du malade : **BETTAH Othmane**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Age : .....  
**05 ULI. 2020**

Enfant

Nature de la maladie : **Respiratoire**

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**

Le : **05 / 10 / 2020**

Signature de l'adhérent(e) : .....  
*[Signature]*

# 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
27/07/2020	Actes de Consultation		3000 Dhs	Docteur SEKALI M. Dr. Alami Zined Pneumologue et Médecin du Médecin Rue d'Alhambra 23 Casablanca 20228 Tél: 022 82 23 42

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Des Dentistes Dr. ALAMI ZINED Mosquée Naouras 20229 Casablanca	27/07/2020	546,30

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ABINET MEDICAL DES MALADIES RESPIRATOIRES

Docteur BENMALLEM Mustapha

Spécialiste des Maladies Respiratoires

C.E.S de l'Université de Paris

Asthme - Maladies des Poumons - Tuberculose

ALLERGIE RESPIRATOIRE

SEVRAGE TABAGIQUE

Casablanca, le :

Dr BENMALLEM Mustapha  
Pneumophtisiologue  
1 Rue d'Athènes, angle Av. 2 Mars  
Casablanca - Maroc  
Tél: 02 28 23 42

الدكتور بن لمعلم مصطفى

إخلاصي في الأمراض الصدرية

خريج جامعة باريس

الضيق - داء السل - أمراض الرئة

مرض الحساسية

الإقلاع عن التدخين

الدار البيضاء، في:

Le Jeune BETTAH Othmane

DSPTMIR

Sachet 1g (Solv 12')

LOT N°: 42 00

UTAV: 07 77 3

07 77 22

PPV: 12.00 DH

→ Sachet x 2 / J aout

42 00

② Effipred 200 mg ou Prednisolone

200 mg

42 00

x 30 aout 2018

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



③ Xiholine Spray

291,00

291,00

x 10 aout 2018

→ 291,00 x 4 / J x 5 / J

291,00

291,00

x 10 aout 2018

④ SAFLU 125

125 mg

125 mg

x 10 aout 2018

→ 125 mg x 4 / J x 5 / J

125 mg

125 mg

x 10 aout 2018

⑤ Netanc 3 (15ml)

15ml

15ml

x 10 aout 2018

→ 15ml x 3 / J x 10 / J

15ml

15ml

x 10 aout 2018

576,30

05 22 82 23 42 - شارع 2 مارس زاوية زنقة أثينا - الدار البيضاء - الهاتف :  
Résidence El Mechouar - N° 97 - Avenue 2 Mars Angle d'Athènes - Casablanca - Tel.: 05 22 82 23 42

Avant la délivrance aux patients:

conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C

Après délivrance aux patients:

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C

Pour les Pharmaciens:

Inscrire la date de délivrance aux patients sur l'étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette sur l' inhalateur.

S'assurer qu'il ya une période d'au moins de 5 mois entre la date de délivrance et la date d'expiration inscrite sur l'étui.

Excipient à effet notoire: éthanol anhydre

Foster 100/6µg, solution pour inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

SOUMIS A PRESCRIPTION MEDICALE

Ne pas laisser à la portée  
et à la vue des enfants  
لابررك في متناول ومرأى الأطفال  
ire attentivement la notice avant utilisation  
يجب قراءة الشرة بحسن قبل الاستعمال  
conserver à l'abri de l'humidité et à une  
température ne dépassant pas 25°C  
يجب حفظ هذا الدواء بعيداً عن الرطوبة وتحمّل  
درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية  
AMM N° 301/17 DMP/21/NNPR

 COOPER  
PHARMA

41, Rue Med Diouri,  
20 110 Casablanca  
amina Daoudi : Pharmacien responsable  
أمينة الداودي : الصيدلي المسؤول

**Saphir® 1g/125 mg**  
12 Sachets



6 118000 082552

سافير

أموكسيلين

/حامض كلافيلانيك

125/  
1 غ ملء

عن طريق الفم



مسحوق لاجل محلول للشرب

12 x



للكبار



COOPER  
PHARMA

88,00

PPV: 88DH00  
PER: 11-22  
LOT: I 2510