

# 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

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° P19-0002042

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9065 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JELLOUL Mohamed Date de naissance : 22/09/1965

Adresse : N°46 RUE DE STILLES

Tél. : 0661 064 692 Total des frais engagés : 446,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. O. BENJELLOUL  
Pédiatre

Date de consultation : 04/01/2020

Nom et prénom du malade : JELLOUL Samir Age : 10A

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Angine / crise d'asthme

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 : 07/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
04/01/92			190,00	Dr. O. BENJELLOUN Pédiate

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

4/1/92 256,40

## 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 Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

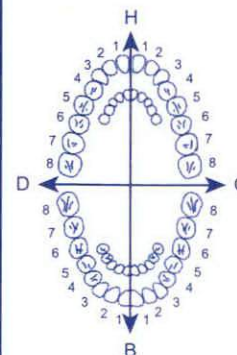
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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'O

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

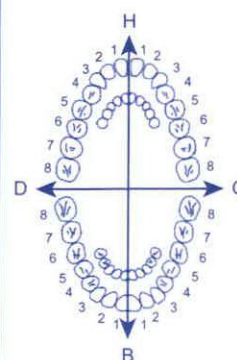
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

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



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

ORDONNANCE



le 04/01/20

Jelloul Sane

10 Ans 1/2

14,40

45 kg

① Doliprane 500



1 sachet et 1/2 x 3 J

si T > 38°

② Ventoline spray



3 bouffes x 3 J

ex 1 semaine

③ Salupred 20

3 cp / J

④ ~~Glaxo~~ Augmentin

Dr. O. BENJELLOUN  
Pédiatre

Augmentin

1 cp x 3 J

14,40  
PPV 14DH40  
PER 11/21  
LOT H2508

256,40

PHARMACIE NAPOLEON  
Angle Rue d'Oradour sur Glane  
et Rue des Papillons N° 1  
Oasis Casablanca  
Tél: 0522 25 00 00

Dr. O. BENJELLOUN  
Pédiatre





**AUGMENTIN** 1 g/125 mg ADULTES, poudre pour suspension  
buvable en sachet-dose

**AUGMENTIN** 500 mg/62,5 mg ADULTES, comprimé pelliculé  
Amoxicilline/Acide clavulanique

Dénomination du médicament

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit (ou a été prescrit à votre enfant) : ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous présentez un effet mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE AUGMENTIN ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE ?



## Solupred® 20 mg

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.**

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

### IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

#### Composition

Métsulfonazoate de prednisolone et de sodium  
quantité correspondant en prednisolone à ... 20 mg.  
Excipients : Acide tartrique, acide citrique  
anhydre, bicarbonate de sodium, benzoate de  
lithium, citron arôme naturel, saccharinate de  
sodium, silicone émulsion anti-mousse.  
Chaque comprimé contient 50,80 mg de sodium.

**Forme pharmaceutique et présentation**  
Comprimé effervescent. (Flacon (verre) de 20).

**Classe pharmaco-thérapeutique**  
GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE  
(H : Hormones systémiques non sexuelles)

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.  
Il est indiqué dans certaines maladies, où il est  
utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

**ATTENTION !**

**AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg**  
32 comprimés pelliculés



PPV: 138,30  
LOT: 590909  
PER: 06/20



endus sans ordonnance, et aussi les produits

ment de la goutte) avec AUGMENTIN, le risque de réaction

re médecin peut décider d'ajuster

sang (tels que la warfarine) sont pris  
à peuvent être requises.

médicament utilisé pour traiter le cancer

motels (traitement pour prévenir le rejet

Prednisolone  
Comprimé effervescent

## Solupred® 20 mg

20 Comprimés  
effervescents



de tube  
d'insuffi  
myasthén  
fatigue m  
Prévenir  
les région  
l'Europe,  
parasitaire.  
La prise de ce médicament en association avec  
le sultopride (un médicament agissant sur le  
système  
attenué  
médicam  
PENDAN  
Eviter le  
ou de ro  
En cas d  
brutaler  
recomm  
diminut  
Sous tra  
l'arrêt c  
la prise  
chirurgi  
maladie)  
Les cort  
favoriser  
de ruptu  
Prévenir v  
douleur tendineuse.

58,40

## Solupred® 20mg



### Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra  
vous conseiller de suivre un régime, en particulier  
pauvre en sel. Tenir compte de l'apport en  
sodium (environ 51 mg par comprimé).

POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S  
 Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI  
 20200 CASABLANCA  
 Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71  
 INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 666577		N° SEJOUR : 200000406		<b>FACTURE N° 2005000228</b>		DATE D'ENTREE : 04/01/2020		DATE DE SORTIE : 04/01/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>JELLOUL,Sara</b>							
MALADE : JELLOUL,Sara											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
CONSULTATION DE MEDECIN CONSULTATION SPECIALISTE (NUIT ET JOUR F		CsN	1.00	190.00	190.00					0.00	
										190.00	

Intervenant : 470094 DR BENJELLOUN OLAYA		TOTAUX :		190.00						190.00			
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUATRE-VINGT DIX DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:			
				REMISE :		0.00		REGLE :		190.00		AVOIR :	
				RESTE DU:		0.00							
DATE FACTURE : 04/01/2020		EDITEE LE : 04/01/2020		PAR: NEJMI		ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA						N° DE POLICE :							
						DATE AT :							
						Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S							
						BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR							
						N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49							