

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-606776

58784

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09394 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Addou Youssef

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Professeur Abdelaziz BAKHATAR**  
Pneumo-Allergologue  
416, Bd. Abdou Mouminou - 1er Etage Bd. Anoual  
Rés. Anoual Cas. 100000012  
Tél : (+212) 5 22 95 06 24 - Casablanca  
ICE : 002051431000012

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BEN ADDOU IDRISI HAMZA Age :

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

Nature de la maladie : Pleurite allergique

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'attache médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 09 / 02 / 2021

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
25/01/2021	C3	①	300mm	INF 09/10/2021 Méd. Jean-Baptiste Allard Ed. 6000 331000012

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	
<b>PHARMACIE LAHJAJMA</b> <b>Nadia ZEMMAMA</b> Avenue du Phare, Résidence Taghazout Casablanca - Tél: 05 22 20 28 67	20 01 2021	136760

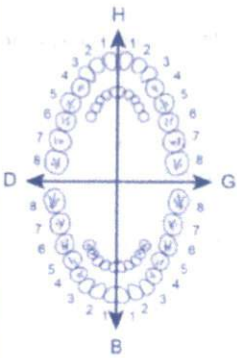
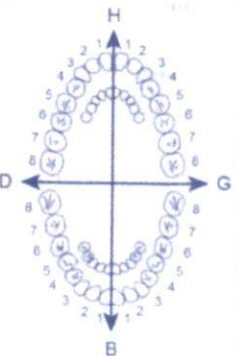
[illegible][illegible]

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>												
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">25533412</td><td style="text-align: left;">21433552</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">35533411</td><td style="text-align: left;">11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



# Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation

Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)

Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz

25.01.2021

Casablanca, le  
**Mr BENADDOU IDRIS HAMZA**

1 - **SERETIDE DISKUS 250 µg/50 µg/dose pdre p inhal : 60unid**

Prendre 1 bouffée le matin et le soir, pendant 2 mois. jusqu'à  
consultation se rincer la bouche avec de l'eau après

2 - **AVAMYS 27,5 µg/pulvérisation susp p pulv nasal : 1FI/120dose**

1 le matin, pendant 1 mois.

3 - **AERIUS 5 mg cp pellic : B/30**

1 au coucher, pendant 1 mois.

4 - **OTRIVINE 1 %**

Faire 1 pulv dans chaque narine

5 - **SOLUPRED 20 mg cp efferv : F/20**

Prendre 2 comprimés le matin, pendant 5 jours.

6 - **AUGMENTIN 500 mg/62,5 mg cp pellic adulte : B/16**

1 le matin, à midi et le soir, pendant 6 jours.

7 - **AZIX 500**

GlaxoSmithKline Maroc 1 comprimé par jour, pendant 3 jours.

Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 115,00 DH

ID : 645343  
118001 142262

PPV: 79DH70  
PER: 10/23  
LOT: J2782

**Solupred® 20mg**

**Solupred® 20mg**

**Solupred® 20mg**

PER: JUL 2021  
PPV: 120 DH 70

LOT: 083-2  
PER: AUT 2022  
PPV: 61 DH 80

ID : 645343  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 248,00 DH  
118001 141104

ID : 645343  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 248,00 DH  
118001 141104

**AZIX®**  
Azithromycine **500 mg**

PPV: 79,90 DH  
LOT: 823075  
PER: 06/21

PPV: 79,90 DH  
LOT: 823075  
PER: 06/21

**PHARMACIE AHJAJMA**  
Nadia ZEMMAMA  
Avenue du Phare Résidence Taghazout  
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

**Professeur Abdelaziz BAKHATAR**  
Pneumo-Ph  
416, Bd. Abdelmoumen  
Rés. Anoual Capital  
Tél: (+212) 5 22 99 66 24  
ICE: 002

PPV: 79 DH 70  
PER: 07/22  
LOT: 11843

PPV: 79DH70  
PER: 10/23  
LOT: J3041

Total. 136760

# Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Furoate de fluticasone

AERIUS® 5 mg  
15 comprimés pelliculés



AERIUS® 5 mg  
30 comprimés pelliculés



poudre pour suspension  
buvable en sachet

enfant

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
500mg/62,50mg



poudre pour suspension  
buvable en sachet

enfant

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
500mg/62,50mg

Poudre pour inhalation en récipient unitaire  
SYSTEME NON RECHARGEABLE



**SERETIDE**  
propionate de fluticasone/  
salmétérol  
Diskus

250 microgrammes  
/50 microgrammes par dose

**SERETIDE**  
propionate de fluticasone/  
salmétérol  
Diskus

250 microgrammes  
/50 microgrammes par dose



Poudre pour inhalation en récipient unitaire  
SYSTEME NON RECHARGEABLE



**AZIX**  
Azithromycine  
500 mg



**AZIX**  
Azithromycine  
500 mg