

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 064917

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2914 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TMOULIK Mr. Farid ELMINE

Date de naissance : 24-07-55

Adresse : 12 km

Tél. : 06 11 21 11 11 Total des frais engagés : 1863,40 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



5 MARS 2021

ARROUILLÉ

Date de consultation : 05/01/2021

Nom et prénom du malade : Fatima Zahra TMOULIK Age :

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

Nature de la maladie : Bronchite Asthmatiforme

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 : 05/01/2021

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
05/11/2011	C	03	9	

Dr. BEN CHEZZA
Medecin Chef
 Ministère de la Santé
 Préfecture de la Région de Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Galaxy Santé Avenue Mohammed Belhassan El Ouazzani - RABAT Tél: 0537 63 60 56 Email: galaxyssant@gmail.com	05.01.11	\$63,40

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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 ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

05 / 1 / 2021

Fatima Zahra TMOULIK

Dr. BENCHEIKH Samia
Ministère de la Santé
Préfecture de la Région
C.S. OUMARZA

1) Sertraline 200 (Disque)

Pharmacie Galaxy Santé
Avenue Mohammed Belhassan
El.Ouazzani - RABAT
Tél: 0537.63.60.56
E-mail: galaxyssante@gmail.com

248,2
496,1

2) Ventoline spray

2B ← max
or

45,20 x 2
90,40

even cas de crise

3) Salpêtré long

2cp w 15 x 5 jrs.

58,40 x 2
116,80

4) Clarithrom

Pharmacie Galaxy Santé
Avenue Mohammed Belhassan
El.Ouazzani - RABAT
Tél: 0537.63.60.56
E-mail: galaxyssante@gmail.com

160 x 1
160,00

102070133

Dr. B. Ministère de la Santé
Préfecture de la Région
C.S. OUMARZA

ANTIBIOTIQUE

CLARIL[®] 500 mg

Clarithromycine



14

Comprimés

Voie orale



GALENICA

Composition :

Clarithromycine 500 mg.

Excipients q.s.p 1 comprimé pelliculé.

Boîte de 14 comprimés contenant 7 g de clarithromycine.

AMM N° : 101/14 DMP/21/NCF

CLARIL[®]
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés

P.P.V. : 160,00 DH



6 118000 191001



مختبرات كاليينكا • الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

SECRETIDE

proportionné de fluticasone/
salmétérol

/diskus

250

microgrammes
/50 microgrammes

par dose

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

PPV : 248,00 DH

ID : 644221



118001 141104

Voie inhalée

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

SECRETIDE

proportionné de fluticasone/
salmétérol

/diskus

250

microgrammes
/50 microgrammes

par dose

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

PPV : 248,00 DH



ID : 644221

6

Voie inhalée

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Acouda
Region de Rabat



 VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH.



GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Acouda
Region de Rabat



 VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH.



Solupred® 20mg

Prednisolone

Composition :

Prednisolone : 20 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent.

Excipient à effet notoire : sodium.

Lire attentivement la notice avant utilisation

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Reboucher soigneusement le flacon après chaque prise.

A conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Solupred® 20 mg

20 Comprimés effervescents



6 118000 060536

صولوبريد® 20 ملغ

بردنيزولون

عن طريق الفم

20 قرصا فائرا

Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Aïn Sebaâ
20250 Casablanca

sanofi aventis

58,40

Solupred® 20mg