

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

## 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.

## diologie 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.

## ptique :

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 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 064917

Optique 63517  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2904 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TMOULIK FA

Jadid SABRI

Date de naissance :

24.03.55

Adresse :

RAM

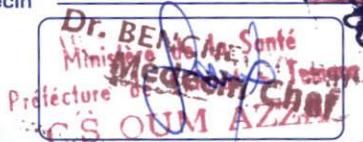
Tél. : 0661182181

Total des frais engagés :

4863,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/2021

Nom et prénom du malade : Faâma Zahra TMoulak Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite Astmatiforme

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

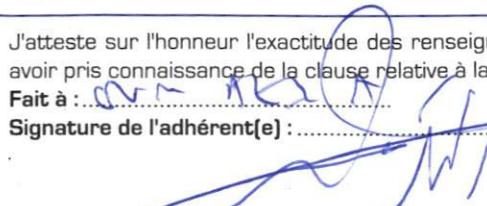
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : RAM

Le : 05/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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                               |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/12/2023      | C                 | 03                    | 5                               | <i>Préfecture de Casablanca<br/>Ministère de la Santé<br/>Médical Chef<br/>C.S. DUNIAZZA</i> |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture                              |
|---|----------|--|
| <i>Pharmacie Galaxy Santé<br/>Avenue Mohammed Belhassan<br/>El.Ouazzani RABAT<br/>Tél: 0537 63 60 56<br/>E-mail: galaxygalaxy@gmail.com</i> | 05.01.23 | \$ 63,40   |
| <b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>   |          |  |
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date     | Désignation des Cœfficients Montant des Honoraires |
|   |          |  |
|   |          |  |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 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  |  |             | Coefficient des Travaux |
|                           | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411                                   | G<br>21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                           | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             | 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 Zohra THOULIK



2) Seroxydine 100 (Dirige)

Pharmacie Galaxy Santé  
Avenue Mohammed Belhassan  
El.Ouazzani - RABAT

Tél: 0537.63.60.56  
E-mail : galaxysante@gmail.com malin

5ml

248 x 2

4961-

2g Ventoline spray

2B  $\leftarrow$  malin  
or

45130 x 2  
90160 1-

3) Solupred 1mg

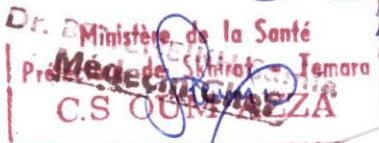
2cp per 15 nebul.

58.40 x 2  
116.80

4) Clarihol 100 mg  
Pharmacie Galaxy Santé  
Avenue Mohammed Belhassan  
El.Ouazzani - RABAT  
Tél: 0537.63.60.56  
E-mail : galaxysante@gmail.com

102070133

x 28 " x 5 ]  
263140



ANTIBIOTIQUE



Clarithromycine

14

Comprimés

Voie orale

G 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

محنرات كلاليتيكا - الدار البيضاء - المغرب



Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

CLARIL®

Clarithromycine 500 mg  
Boîte de 14 comprimés

PPV. : 160,00 DH



6 118000 191001

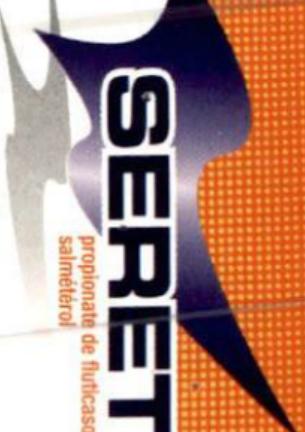
# SERETIDE

propionate de fluticasone/  
salméterol

## Diskus

**250**

microgrammes  
/50 microgrammes  
par dose



GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 248,00 DH

ID : 64221



9 118001 141104

Voie inhalée

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance

# SERETIDE

propionate de fluticasone/  
salméterol

Diskus

**250**

microgrammes  
/50 microgrammes  
par dose

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 248,00 DH

ID : 64221



9 118001 141104

Voie inhalée

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



118001

141258

**VENTOLINE 100 mcg**  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH.

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



118001

141258

**VENTOLINE 100 mcg**  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH.

# Solupred® 20mg

Prednisolone



احترم انواع المعاينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

## Solupred® 20 mg

20 Comprimés  
effervescents



6 118000 060536

### Composition :

Prednisolone : ..... 20 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé  
effervescent.

Excipient à effet notable : 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.

# صولوبريد® 20 ملخ

# Solupred® 20mg

بردينزولون

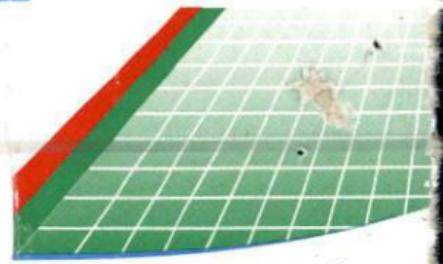
عن طريق الفم

20 قرصا فائرا

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents



sanofi aventis

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sébaâ  
20250 Casablanca

58,40

Solupred® 20mg