

## 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 |

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-612298

63946

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3398

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DEROUI

Date de naissance :

31/03/1961

Adresse :

2, Lot KWD QUARTIER CALIFORNIE  
ZOIKO CASABLANCA

Tél. : 066106196

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

DR D. COHIE

Chirurgie Orthopédique

Chirurgie Traumatologique

22, Rue Naïf Mahfoud - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Mois / Année

Nom et prénom du malade :

Age : 00

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension artérielle

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 :

Le : 15/03/2021

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
23/02/2021	Chirurgie ORL endoscopique Chirurgie de la maladie de 22, av Najib Mahfoud - Casablanca			PROT N° 01166 BL22 Chirurgie ORL endoscopique Chirurgie de la maladie de 22, av Najib Mahfoud - Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BOURGEOIS Casablanca Tél: 0522 52 15 68	23/02/2021	1265,90

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

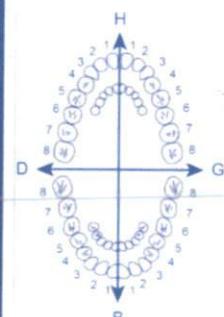
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

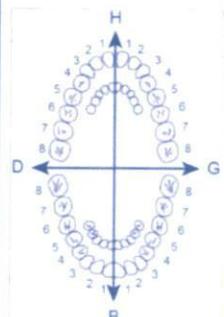
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



عن طريق القم

**OFIKEN® 200**  
Céfixime  
Boîte de 16 comprimés

Rumbourne AMO



سوطیما  
Sotihema



**NE PAS LAISSER A LA VUE ET A LA PORTEE DES ENFANTS**  
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن رؤية ومتناول الأطفال.

يحفظ هذا الدواء بعيداً عن رؤية ومتناول الأطفال

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance - Liste I/Tableau A



حاملي الترخيص للتسويق و المصنوع  
مختبرات سوطينا

Titulaire de l'AMM/Fabricant

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

Laboratoires SOTHEMA

**Ofiken®**  
Céfixime

**200 mg**  
16 Comprimés pelliculés  
Voie orale

LOT 202385

EXP 10 22

PPV 170.00 DH

LOT 201431 1

EXP 06 22

PPV 102.00 DH



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سوطيمـا  
sothema

**COMPOSITION :**

Céfixime (trihydrate)..... 200 mg

Excipients..... q.s.p. 1 comprimé pelliculé

**MODE, VOIE D'ADMINISTRATION ET MISES EN GARDE SPECIALES :**

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

التركيبة : سيفيكسيم (على شكل تلائي مائي) 200 ملغ السواغات ..... كمية كافية لقرص واحد الجرعة، طريقة الاستعمال و التحذيرات الخاصة : اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الاستعمال. يحفظ الدواء في درجة حرارة دون 25°C.

200 ملغ

8 أقراص مغلفة  
عن طريق الفم

أوفيـكـين  
سيـفـيـكـسـيم

Ofiken® 200 mg



Céfixime

Boîte de 8 comprimés pelliculés



6 118000 022336

