

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## Biologie 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° M20- 0000422

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 99117 Société : R.A. M.

Actif

Pensionné(e)

Autre : 68883

Nom & Prénom : BEN CHARKI - OMAR

Date de naissance : 15-15-1963

Adresse : Perle de Nouveau Cœur 4 - Immeuble 5 - Apt 6

Nouveau Cœur

Tél. : 06-61-19-48-03

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/04/2021

Nom et prénom du malade : BEN CHARKI - OMAR

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : CPO

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 : 08/04/2021

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
01/01/21	CPA		100000	Dr. Badreddine
				Dr. Badreddine
				Dr. Badreddine
				Dr. Badreddine

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE DC SUD EST LILLECOUP tél. 03 22 51 47 07 94270 NANTERRE 94 Télé: 05 22 51 47 07	21-06-96	30,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

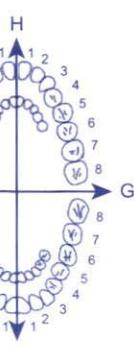
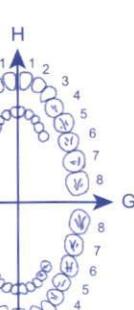
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

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
	$  \begin{array}{r rr}  H & 25533412 & 21433552 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 00000000 & 00000000 \\  B & 35533411 & 11433553  \end{array}  $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXÉCUTION

# AJIAL أجيال



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le :

31/5/2021

Benzokofik 100ml

Fl. 15K

30,00

Velostane



on BETASTENE

100 g 13 J

T=30,00

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUN  
Imm. 94, Lot N°101 à DEROUA  
Tél: 05 22 51 47 07

PT B. HMAOUUCHI

PT 5fl-oddine HMAOUUCHI  
Dr. Badreddine HMAOUUCHI  
PT. Badreddine HMAOUUCHI  
PT. Badreddine HMAOUUCHI  
PT. Badreddine HMAOUUCHI  
PT. Badreddine HMAOUUCHI

347, Boulevard Panoramique, Casablanca - Maroc  
Tél. : +212 522 87 81 81 / +212 522 21 00 21 / Fax : +212 522 87 25 00  
direction@clinique-ajial.ma / [www.clinique-ajial.ma](http://www.clinique-ajial.ma)

# BETASTENE 2 mg, comprimé dispersible

# BETASTENE 0,05 %, solution buvable

Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

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

Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.

## PRESENTATIONS

BETASTENE 2 mg comprimé dispersible : Boîte de 20 comprimés.

BETASTENE 0,05 % solution buvable : Flacon de 30 ml.

## COMPOSITION

**Substance active :** Bétaméthasone.

BETASTENE 2 mg comprimé dispersible, contient 2 mg de bétaméthasone par comprimé.

BETASTENE 0,05 % solution buvable, contient 0,05 g de bétaméthasone par 100 ml de solution.

## Excipients :

BETASTENE 2 mg comprimé dispersible, q.s.p 1 comprimé dispersible

BETASTENE 0,05 % solution buvable, q.s.p 100 ml de solution buvable.

## CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Glucocorticoïde - usage systémique.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

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

## CONTRE-INDICATIONS

N'utilisez jamais Bétastène dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpes, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des constituants,
- phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartam dans la forme comprimé.

## MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale. L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients

LOT : 2769

PER : 08 - 22

F.P.V : 30 DH 00

1 déficit en lactase de glucose ou du

n récente, en cas d'intervention de diabète, d'antécédents d'insuffisance rénale,

ou si vous avez une myopathie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladies parasitaires.

## Pendant le traitement :

Évitez le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivez les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel.

## INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS

Afin d'éviter d'éventuelles interactions entre plusieurs médicaments, il faut signaler systématiquement tout autre traitement en cours à votre médecin ou à votre pharmacien, notamment avec certains médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (astémizole, bêpridil, érythromycine en injection intraveineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, terfénadine, vincamine).

## INTERACTIONS AVEC LES ALIMENTS ET LES BOISSONS

Sans objet.

## INTERACTIONS AVEC LES PRODUITS DE PHYTOTHERAPIE OU THERAPIES ALTERNATIVES

Sans objet.

## GROSSESSE ET ALLAITEMENT

### Grossesse

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

### Allaitements

L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du

# Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 08/04/2021

## Pré-Facture N° 72632

Etablie par BOUCHRA ACCUEIL Page 1/1

### Identification

N° Dossier : X1D084791

MUPRASI

N° Identifiant : 21043034/21

**Nom & Prénom : BENCHARKI C. HMANE**

C.I.N. : MCN

Date Début : 08/04/2021

Date Fin : 08/04/2021

Adresse : CASA

Traitements :

Médecin : MED REANIMATEUR

### Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

MEDICAL							
Frais clinique			1	100,00			100,00
							Total Rubrique : 100,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>							
HONORAIRES MEDICAUX							
Dr. MED REANIMATEUR (ANESTHESISTE REANIMATEUR)		1	200,00				200,00
							Total Rubrique : 200,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:</b>							
							<b>TOTAL FACTURE 300,00</b>

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Trois cents Dirhams

Cachet et signature

