

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

## Cessions 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.

## Education :

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 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 |

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.

Matricule : 13288

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAPITI, FAALIBI

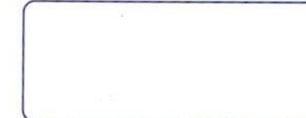
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lièn de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

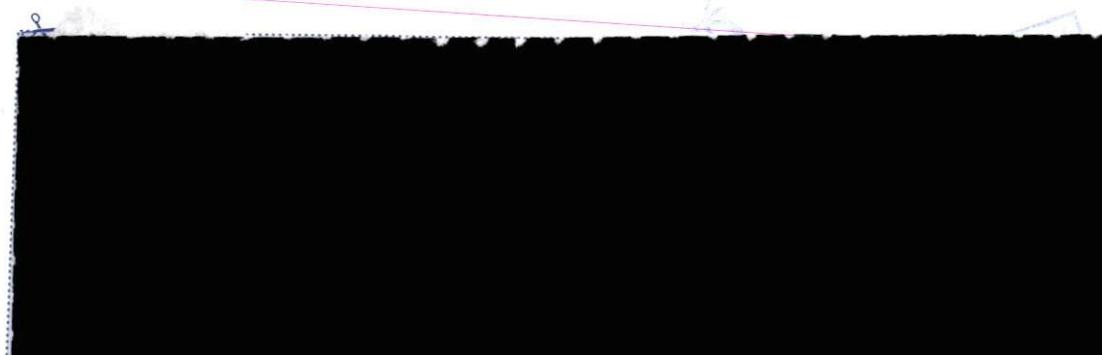
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

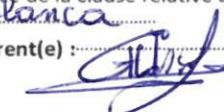
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

|   |  |                                  |                                 |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire  | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)               |  |                                  |                                 |
| Matricule :                                 | 13258  | Société :                        | Royal Air Maroc                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)  | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : ETTALBI SOPHIA               |  |                                  |                                 |
| Date de naissance :                         | 21/06/1989   |                                  |                                 |
| Adresse :                                   | RUE MOHAMED EL HAYANI, N° 8 RESIDENCE MAISSEA<br>Appt 26 - 5 <sup>e</sup> étage Casablanca |                                  |                                 |
| Tél. :                                      | 0626245185   | Total des frais engagés :        | 1086,8 Dhs                      |

|   |  |                                   |                                 |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |  |                                   |                                 |
| Cachet du médecin :   |  |                                   |                                 |
|    |  |                                   |                                 |
| Date de consultation :  | 03/12/2021                                   | Age :                             | 32                              |
| Nom et prénom du malade : ETTALBI SOPHIA  |  |                                   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Depression.  |  |                                   |                                 |
| 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

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 10/12/2021

VOLET ADHÉRENT

## **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                                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/11/2021      | C                 | C                     | 400                             | INP : 091191411<br>Psychiatre<br>223 Bd Brahimi<br>Alger Azagharen<br>Signature : Dr. A. Boudjedra |
| 03/12/2021      | C                 | C                     | 400                             | INP : 091191411<br>Psychiatre<br>223 Bd Brahimi<br>Alger Azagharen<br>Signature : Dr. A. Boudjedra |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date                   | Montant de la Facture |
|--|------------------------|-----------------------|
|  | 03/12/2021<br>12/11/21 | 83,70<br>203,10,-     |

France Villa ANALYSES RADIOGRAPHIES

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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'ODF

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                          |
|------------------------------|--|------------------|-------------|---|
|                              |  |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|                              |  |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|                              |  |                  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |
|                              |  |                  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |   |
|                              | <b>H</b><br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br><br><b>D</b><br>00000000 00000000<br>35533411 11433553<br><br><b>B</b><br><b>G</b> |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|                              | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|                              |  |                  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |
|                              |  |                  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

03 / 12 / 2021

Sophia Ettalbi

83,70

①

Dévaat d'au  
1 - 0 - 0

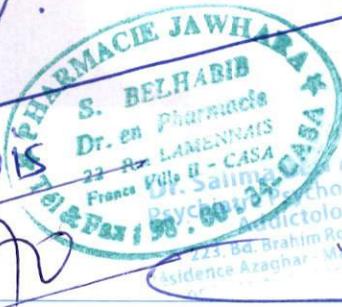


②

Alpraz 05mg

0 - 0 -  $\frac{1}{2}$   
pdt 1 sem.  
pis ant

(1 J/2)



Résidence Azaghar, 223 Bd Brahim Roudani, Appt N°13, 4ème étage , Casablanca

Tél : 05 22 98 18 31 Mob : 06 51 82 89 53 - Email : dr.s.benmouama@gmail.com

for 1 m<sup>2</sup>

**DEROXAT**  
Paroxétine 20 mg  
Comprimés pelliculés

Comprimé pelliculé sécable 20 mg

AMM TN: 5163041  
AMM MA: 85/120M/21/NRA

14 Comprimés Pelliculés  
Sécables

**DEROXAT**  
Paroxétine 20 mg  
Comprimé pelliculé sécable

14 Comprimés Pelliculés  
Sécables



2500 Rue Francs Jeux  
Tétouan/Exploitant:  
GlaxoSmithKline  
Laboratoire  
à l'abri de la lumière.  
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
Lire la notice avant utilisation.

Voir orale.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
LISTE I - Uniquement sur ordonnance



**DEROXAT +  
GROSSESSE =  
DANGER**

Ne pas utiliser chez:  
- l'adolescent chez:  
- la femme en  
âge de procréer, et sans  
contraception efficace  
- la femme enceinte  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

02 2024  
6 C3C

Exp.:  
Lot:

114632



0034759  
6200000

Composition :  
Un comprimé pelliculé contient  
20 mg de paroxétine (sous forme  
de chlorhydrate de paroxétine  
hémihydrate).

PSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE

ADDICTOLOGUE



طبيبة أخصائية في الطب النفسي

· معالجة نفسانية

اختصاصية في الإدمان

ORDONNANCE

12.11.2021

Etalbi Sophia

35170

① Alpraz 05 mg



83,70x99 - 0 - 1/2

② Dénodat 20mg



- 1/2 - 0 - 0

après plusieurs pts de 3J.

pis 1 - 0 - 0 . eu continu .

Mode d'us.



Dr. Salima BEN MOUAMA  
Psychiatre Psychothérapeute  
Addictologue

• 223, Bd. Brahim Roudani N°13  
Résidence Azaghar - Maârif - Casablanca  
• 05 22 98 18 31 / GSM: 0651 82 89 53

Ran 382

# Alpraz<sup>®</sup> Alprazolam

**0,5 mg**



## 28 Comprimés sécables Voie orale

at 193



**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants**  
**يحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال**

115x70x22



سوطیما  
sothema

Fabriqué par  
Laboratoires **SOTHEMA**  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
Sous licence des Laboratoires



7

**ز** ملخ 0,5 قرصاً قابلاً للإنكسار  
عن طريق الفم

6 118000 020530

**Aripiprazol 0,3 mg**  
28 comprimés sécables

سوطيم سوپھیا  
Sothem

**COMPOSITION :**  
Alprazolam .....  
**Excipients.....** q.s.p.  
**EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE :** lactose  
**POSOLOGIE, MODE D'ADMINISTRATION :**  
**EN GARDE SPECIALES :**

Lire attentivement la notice avant utilisation.

#### **CONDITIONS DE CONSERVATION**

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C

|       |             |              |      |         |
|-------|-------------|--------------|------|---------|
| المدة | صباح النهار | منتصف النهار | مساء | قبل بعد |
|       |             |              |      |         |

**التركيبة:**  
 0.5 ملغم  
**أبيروازولام**  
 كميةكافية لفترص واحد  
 سواعات  
 سواع ذوتأثير معروف، لاكتوز  
**الكلمة:** طريقة الاستعمال، والتحذيرات الخاصة  
 إقرأ الشرطة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.  
 عن طريق الفم.  
**شروط الحفظ:**  
 يحفظ هذه الداروا درجة حرارة لا تتجاوز 25

**الدواء** Alprazolam 0,5 mg ملء 28 comprimés sécables

28 comprimés sécables

**DEROXAT**  
Paroxétine 20 mg  
Comprimés pelliculés

Comprimé pelliculé sécable 20 mg

AMM TN: 5163041  
AMM MA: 85/120M/21/NRA

14 Comprimés Pelliculés  
Sécables

**DEROXAT**  
Paroxétine 20 mg  
Comprimé pelliculé sécable

14 Comprimés Pelliculés  
Sécables



2500 Rue Francs Jeux  
Tétouan/Exploitant:  
GlaxoSmithKline  
Laboratoire  
à l'abri de la lumière.  
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
Lire la notice avant utilisation.

Voir orale.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
LISTE I - Uniquement sur ordonnance



**DEROXAT +  
GROSSESSE =  
DANGER**

Ne pas utiliser chez:  
- l'adolescent chez:  
- la femme en  
âge de procréer, et sans  
contraception efficace  
- la femme enceinte  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

02 2024  
6 C3C

Exp.:  
Lot:

114632



0034759  
6200000

Composition :  
Un comprimé pelliculé contient  
20 mg de paroxétine (sous forme  
de chlorhydrate de paroxétine  
hémihydrate).

**DEROXAT**  
Paroxétine 20 mg  
Comprimés pelliculés

Comprimé pelliculé sécable 20 mg

AMM TN: 5163041  
AMM MA: 85/120M/21/NRA

14 Comprimés Pelliculés  
Sécables

**DEROXAT**  
Paroxétine 20 mg  
Comprimé pelliculé sécable

14 Comprimés Pelliculés  
Sécables



2500 Rue Francs Jeux  
Tétouan/Exploitant:  
GlaxoSmithKline  
Laboratoire  
à l'abri de la lumière.  
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
Lire la notice avant utilisation.

Voir orale.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
LISTE I - Uniquement sur ordonnance



**DEROXAT +  
GROSSESSE =  
DANGER**

Ne pas utiliser chez:  
- l'adolescent chez:  
- la femme en  
âge de procréer, et sans  
contraception efficace  
- la femme enceinte  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

02 2024  
6 C3C

Exp.:  
Lot:

114632



0034759  
6200000

Composition :  
Un comprimé pelliculé contient  
20 mg de paroxétine (sous forme  
de chlorhydrate de paroxétine  
hémihydrate).