

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-422051

102284

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7854 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MOULOUDI HAMID

Date de naissance : 01/01/1964

Adresse : EL ALIA RUE 28 N°137

Tél. : 0668304712 Total des frais engagés : 384,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BELKEBIR Khadim  
Médecin Générale  
Rue 27 94 EL ALIA  
Cité Oulfa Casablanca  
Tél : 0522 90 48 76

Date de consultation : 18/12/2021

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

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

Le 04/01/2022

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
18.12.71	C	1	150	INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Dr. BELAËBIR Mohamed Médecin Généraliste Rue 21 - 94 El Alia Cité Ouhd - Casablanca Tél.: 0522 90 48 76

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Khadija BELKEBIR

MEDECINE GENERALE

الدكتورة خديجة بلكبير

الطب العام

Lot EL Alia - Rue 27 N° 94

Bd. oued Tansift - El Oulfa

Tel: 05 22 90 48 76 - CASABLANCA

LYS PHARMA SARL AU

TAHIRI-JOUTI Jaouad

Docteur en Pharmacie

687, Angle Bd. Jued/Sabou et Rue 150

El Oulfa - CASABLANCA

Tel: 05 22 90 58 06 - Tel/Fax: 06 22 90 88 97

تجزة العالية - الزقة 27 الرقم 94

شارع وادي تانسيفت - الألفة

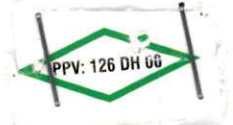
الهاتف: 05 22 90 48 76 - الدار البيضاء

Casablanca, le 18/12/21 في الدار البيضاء،

VERBIE  
Dr. CHAIRANI

M<sup>e</sup> FAIZ

FATIMA



126,00  
1) Cipenta 6223 10-9  
17/10 le - 1

36,70  
2) Amxiol 666 6-9  
1/2 7/10 le soir

3) Do Ripin 19/10

72,00  
4) Deten sine 10-9  
T: 234,70 17/10

Dr. BELKEBIR Khadija  
Medicine Generale  
Lot EL ALIA  
Bd. oued Tansift - El Oulfa  
Casablanca  
Tel: 05 22 90 48 76

**MERCK**

**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

Voie orale

La posologie doit être adaptée individuellement. La dose habituelle pour les adultes est de un comprimé de Détensiel 10 mg, une fois par jour.

Dans les cas sévères, la dose peut être augmentée à 20 mg une fois par jour.

Dans tous les cas, la posologie doit être adaptée individuellement et progressivement, en fonction notamment de la fréquence cardiaque et de la réponse au traitement.

### **Durée du traitement**

Le traitement par Détensiel est généralement un traitement au long cours.

### **Posologie chez les patients présentant une insuffisance hépatique et/ou rénale**

Aucune adaptation posologique n'est généralement nécessaire chez les patients présentant des troubles de la fonction hépatique ou rénale de sévérité légère à modérée.

Chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 20 ml/min) et chez les patients présentant des troubles sévères de la fonction hépatique, la dose maximale est de 10 mg par jour.

### **Posologie chez les personnes âgées**

Le traitement doit être initié avec des faibles doses (5 mg) et sous surveillance étroite.

### **Posologie chez l'enfant**

En l'absence d'étude sur les effets du bisoprolol chez l'enfant, l'utilisation de Détensiel n'est donc pas recommandée dans ce groupe d'âge.