

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



## Déclaration de Maladie

M22- 0023210

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11685 Société : ROYAL AIR MAROC  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SAMI HAMID  
Date de naissance : 13/06/1972  
Adresse : Cité djennas Jamila Rue 37 N°5  
CSA  
Tél. : 0661 579220 Total des frais engagés : 343,12 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. Samira GUASMIAT  
Médecin Généraliste  
C. U. d'Echographie Générale  
Jamila 5, Rue 62 N°3 Cité Djennas  
CASABLANCA  
Tél. 022 597570 = 065 35 69 98  
Date de consultation : 12/10/2022  
Nom et prénom du malade : M<sup>me</sup> SAMI HAMID Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : BRONCHITE  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : 12/10/2022  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

|                                   |                                                                       |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <p>taille</p> <p>ans</p> <p>H</p> | <p>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</p> |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                         |          |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                         | Date     | Montant de la Facture |
|  | 19/10/92 | 193,10                |

Sachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date \_\_\_\_\_

### Montant de la Facture

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                                                          |      |                                 |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue                            | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|                                                                                   |      |                                 |                           |
|                                                                                   |      |                                 |                           |
|                                                                                   |      |                                 |                           |
|                                                                                   |      |                                 |                           |

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature  
du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
| SOINS DENTAIRES                                                                                                                                                                                | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nature des<br>Soins                                                                   | Coefficient                                                                           |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      | MONTANTS<br>DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 | DEBUT<br>D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>   |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |  |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  | FIN<br>D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                         |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                           | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552<br/>             00000000<br/>             G<br/>             00000000<br/>             35533411<br/>             B           </div> </div> |                                                                                       |                                                                                       | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 | MONTANTS<br>DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 | DATE DU<br>DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>       |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |  |                                                                                                                      |                                                                                                                 | DATE DE<br>L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</span> <span>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</span> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                       |                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                              |

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 de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. Samira GUASMIATE  
Omnipraticienne  
C.U.Echographie générale  
ICE : 001716682000066

# Kintex®

Formulation à base de plantes

CODE No / No DU CODE  
MH/DRUG/AYU-146  
B No / No LOT CK0250H  
MFG 02/05 08/2020  
EXP 07/2024  
(04) 1800 111009260  
(21) A2922YAPLXX59



PPC : 55,00 DH

12/10/22

Solupred® 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

SOLUPRED 20 MG  
CP EFF B20  
PPV : 58,40 DHS



6 118000 060536

5500 1 Kintex sp  
29.70 21 Azix comp. cp  
5800 3 Solupred 20 mg. cp  
2 cp ext



Dr. Samira GUASMIATE  
Médecin Généraliste  
C. U. d'Echographie Générale  
Jamila 5, Rue 62 N° 3 Cité Djemaa  
CASABLANCA  
Tél: 022 597570 - 0665356992