

## 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.



144304 Pan  
Couni

Déclaration de Maladie : N° P19-0022162

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9383 Société : RAO  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MOUSTAKIN SARIRA Date de naissance : 28.03.68  
 Adresse : la  
 Tél : 06.61.51.85.54 Total des frais engagés : 210,20 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : MOUSTAKIN SARIRA Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Tendinite Epaule  
 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 20/12/22  
 Signature de l'adhérent(e) :

#### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0022162

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9383  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés : 210,20  
 Date de dépôt :

#### 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.

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



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

210,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

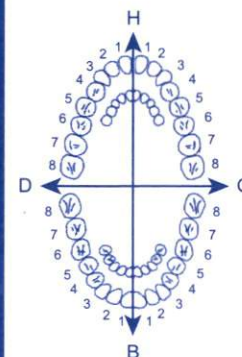
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

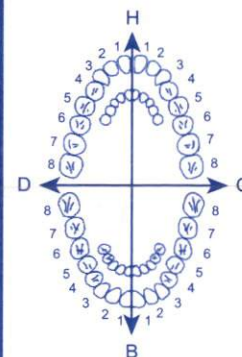
FIN D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

#### VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ENSEMBLE  
AVEC L'ENFANT DIABÉTIQUE



جميعا  
مع الطفل السكري

## ORDONNANCE

Rabat : le : .....

Mme Samira Abousteikim

134,50x1  
1) Arcoxia 120mg

53,00x1 1 gel ; 17 j .  
2) IPP 20mg

1 gel ;  
22,70x1  
3) Bayceten

Pharmacie du Mail Central  
Dr. KHALID IDER  
Ilot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad  
Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82  
INPE : 102041019  
ICE : 0012921800000003

1 = 1 gel  
Pharmacie du Mail Central  
Dr. KHALID IDER  
Ilot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad  
Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82  
INPE : 102041019  
ICE : 0012921800000003

1 = 1 sem .  
Dr. MEZIANI Mounia  
Médecin  
Maison du Jeune Diabétique  
6 Rue Ibn Abbar, CYM Rabat



Respecter les doses prescrites  
إحترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
بو صفة طبية فقط - قائمة 1

70042494/120916-1/3882

6 118001 160068  
Arcoxia 120 mg  
7 comprimés  
P.P.V : 134,50 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 448/16DMP/21/NTO

Each film-coated tablet contains 120 mg etoricoxib  
Excipients with known effect: lactose monohydrate.  
See leaflet for more information  
Oral use  
Keep out of the sight and reach of children.  
Read the package leaflet before use.  
Store in original package in order to protect from moisture.  
Medicinal product subject to medical prescription.

FAB/MFG  
10-2020

EXP  
10-2023  
U007639

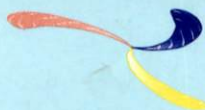
LOT



Oméprazole 20 mg

# IPP®

Inhibiteur de la pompe à protons



14 gélules

microgranules  
gastro-résistants

Voie orale

 GALENICA

Indications - Contre-indications  
mode et voie d'administration :  
lire notice intérieure.

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المقابير  
وكيفية الإستعمال : اقرأ البيان داخله

مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

Conserver à une température inférieure  
à 30°C et à l'abri de l'humidité

Ne pas laisser à la portée des enfants

يحفظ في أقل من 30 درجة حرارية  
و بعيدا عن الرطوبة  
لا يترك في متناول الأطفال

IPP®

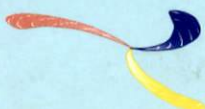
Oméprazole 20 mg  
Boîte de 14 gélules

PPV : 53,00 DH



أوميپرازول 20 ملغ

٢٠  
إ ب ب  
كأبح ضخ البروتون



14 كبسولة

 غالينيكا

عن طريق الفم

وحدات حبيبية مقاومة  
للأحماض المعدية

LOT :  
PER :  
PPV :



Baycutène® N

Baycutène® N

Anti-eczémateux,

*Application de 500g  
x 1 mois*

15 g de crème

Bayer

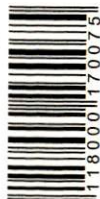
Usage externe

التركيب : 15 غ من الكريم يحتوي : أسيتات من ديكساميثازون 0,443 مغ  
(مطابق ل 0,4 مغ من ديكساميثازون), كلونترابول 10 مغ  
يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية

Composition : 1 g crème contient : Acétate de dexaméthasone 0,443 mg  
(corresp. à 0,4 mg de dexaméthasone), clobimazole 10 mg  
A conserver à une température inférieure à 25 °C

35 x 25 x 130  
8

Baycutène® N 15 g  
Crème



6 118000 170075

Fabricants :  
laboratoires Pfizer S.A.  
Km 0,500, Route de Oualidia  
B.P 35 - 24000 El Jadida - Maroc

IDEMCO

بايكوتين N

مضاد للاكزيما

15 غ من الكريم

إستعمال خارجي

Uniquement sur ordonnance

Titulaire d'AMM

Bayer S.A.  
Bd Sidi Mohamed ben Abdellah  
Casablanca marina, Tour d'Ivoire 1, Etage 3,  
Casablanca 20030 - Maroc

احفظوا الجرعات المعينة  
Respecter les doses prescrites