

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

N° M21- 0037532  
146513

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

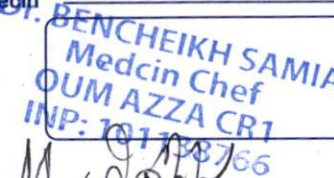
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2904 Société : LAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Imad Elh  
 Date de naissance : 24 SEP 1988  
 Adresse :  
 Tél. : 06618211 Total des frais engagés : 733,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/11/2022

Nom et prénom du malade : Imad Elh Age : 24

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

Nature de la maladie : Asith

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 : 16/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
16/11/22	C		G	Dr. BENCHEIKH SAMIA Médecin Chef OUMAZZA CRT INP: 101138766

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Galaxy Santé Avenue Mohammed Belhassen El Ouazzani - RABAT Tél: 0537.63.60.56 E-mail: galaxysante@gmail.com	16/11/22	743,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE GALAXY SANTÉ Av Mohamed Belhassen El wazzani N°2 Rabat - Tél: 0537 63 60 56 E-mail: galaxysante@gmail.com			

# AUXILIAIRES MEDICAUX

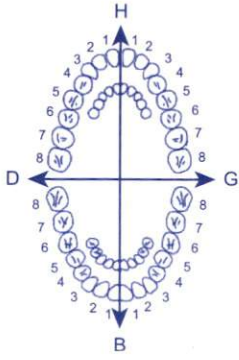
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					Coefficient des Travaux
					Montants des Soins

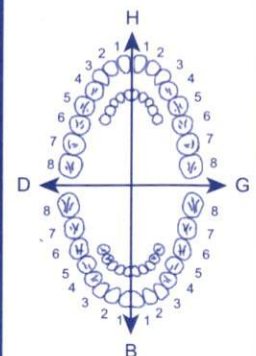
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENCHEIKH SAMIA  
Medecin Chef  
OUM AZZA CR1  
INP: 101138766

16 / 11 / 2022  
Fatima Zahra TMOULIK

$\frac{248 \times 2}{496}$  1°) Seritide 200 spray (2B)  
2B < metin  
min  
pht 2 w

100/- 2°) Clavil 300 mg (1B)  
1 cp x 2 /  
PHARMACIE GALAXY SANTE  
Av Mohamed Belhassen El wazani Nahda 2  
Rabat - Tél: 0537 63 60 56  
E-mail: galaxysante@gmail.com

05/- 3°) felupres 200 (1B)  
3 cp 1015 x 075

22,50 4°) BELMAGOL 200 (1B)  
1 cp 1015 x 075  
PHARMACIE GALAXY SANTE  
Av Mohamed Belhassen El wazani Nahda 2  
Rabat - Tél: 0537 63 60 56  
E-mail: galaxysante@gmail.com

10 20 70 133

Dr. BENCHEIKH SAMIA  
Medecin Chef  
OUM AZZA CR1  
INP: 101138766

# بلمزول<sup>®</sup>

أوميبرازول

20 ملغ

BELMAZOL<sup>®</sup> 20 mg

7 gélules



6 118000 071624

22,50

LOT :

EXP :

PPV :

7 برشامات

عن طريق الفم



**SECRETIDE**

proprionate de fluticasone /  
salmétérol

**Diskus**

**250**

microgrammes  
/ 50 microgrammes  
par dose

ID: 645955  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Apouda  
Région de Rabat  
PPV : 248,00 DH  
118001 141104

Voie inhalée

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**SECRETIDE**  
proprionate de fluticasone /  
salmétérol

**250**  
microgrammes  
/ 50 microgrammes  
par dose

ID: 645955  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Apouda  
Région de Rabat  
PPV : 248,00 DH  
118001 141104

Voie inhalée

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance

**Composition :**

Clarithromycine ..... 500 mg.

Excipients q.s.p ..... 1 comprimé pelliculé.

Boîte de 14 comprimés contenant 7 g de clarithromycine.

AMM N° : 101/14 DMP/21/NCF



مختبرات كاليينيكا - الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

**CLARIL®**

Clarithromycine 500 mg

Boîte de 14 comprimés

PPV : 160.00 DH



مضاد حيوي



كلاريل® 500

كلاريثروميسين

Lot: 12167  
Per: 10/23



كاليينيكا

عن طريق الفم

قرصا

14

**OraPred® 20 mg**  
Prednisolone

**30** comprimés effervescents



65,00

**OraPred® 20 mg**

Prednisolone

30 comprimés effervescents

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241829

أنظر البيان الداخلي قبل الإستعمال  
Lire attentivement la notice avant utilisation



احترم المتقاضي للصحة  
Respecter les doses prescrites