

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0027180

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12611 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHEMALI MOHAMMED  
Date de naissance : 16.04.1988  
Adresse : Quartier AL742 Residence ARBAR-3  
Appt K23 Casablanca  
Tél. : 06 14 15 43 4 Total des frais engagés : 876,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/2023

Nom et prénom du malade : CHEMALI Ghali YAHYA Age :

Lien 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 : Casablanca Le : 21/03/2023

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
31/03/23			2250,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

03/03/23

626,40

### 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      Montant détaillé des Honoraires

A M      P C      I M      I V

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

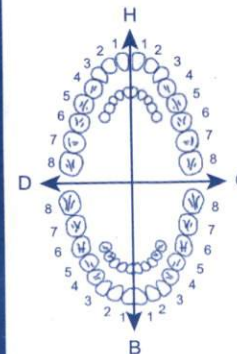
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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      G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

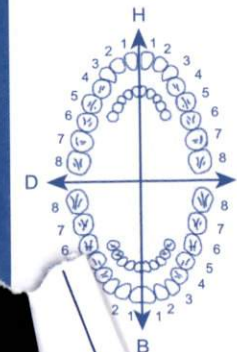
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

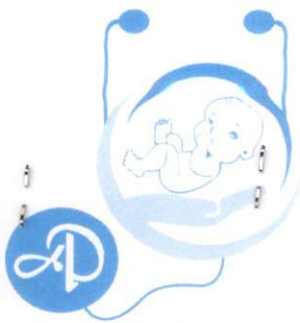
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Cabinet Dr. Amal DAMIR

## عيادة الدكتورة أمال ضمير

Pédiatre  
Spécialiste des Maladies des Enfants  
Nourrissons, Nouveaux-nés  
Allergologue  
Asthme et Allergie des Enfants

إختصاصية في أمراض  
الرضع والأطفال  
إختصاصية في حساسية الأطفال  
أمراض الربو الضيقة

03.03.2023

الدار البيضاء، في : .....

**Nourrisson CHEMALLI Ghali Yahya**

Age : 6 mois 9 jours

Poids : 7,30 Kg

1- **OSCILLOCOCCINUM UNIDOSE GRAN**

1/2 dose le matin et le soir, pendant 5 jours.

2- **STÉRIMAR STOP PROTECT RHUME BÉBÉ**

1 pulvérisation le matin, à midi et le soir, pendant 5 jours.

3- **PEDIAKID NEZ-GORGE SIROP**

1 càc le matin et le soir, pendant 7 jours.

4- **ZECLAR 25 mg/ml glé p susp buv : FI/100ml**

Prendre 1 dose-kg le matin et le soir, pendant 7 jours.

5- **BÉTASTÈNE GOUTTE**

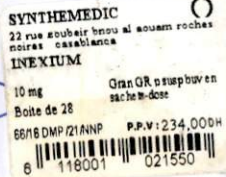
68 gouttes le matin pendant 5 jours

6- **INEXIUM 10 mg glé p susp buv : Sach-dose/28**

Prendre 1 sachet le matin et le soir, pendant 1 mois.



LOT: 5241  
PER: 12 - 24  
P.P.V: 30 DH 00



**PHARMACIE CASAVIEW**  
Dr Othmane BENNOUNA  
Centre commercial Casaview  
Nassim Island Casablanca  
Tél: 05 22 33 57 20 - 06 61 09 74 40

المرجو إحترام وصفة طبيكم

Rd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddioui N°497, Sidi Maârouf - Casablanca

شارع أبو بكر القادري تجزئة الحديوي الرقم 497 - سيدي معروف - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 33 57 20 - GSM: 06 61 09 74 40 : الهاتف - E-mail: damiramal25@hotmail.com: البريد الإلكتروني

L950

ZECLAR® 25 mg/mL

Boîte d'un flacon de 100 mL

P.P.V: 98,90 DH



6 118001 182862

Maphar

Km 10, route côtière 111

QI-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc



# PEDIAKID

## NEZ - GORGE

Soucieux d'apporter à l'enfant les meilleures sources concentrées de nutriments et d'actifs à effet physiologique, les Laboratoires INELDEA, ont élaboré **PEDIAKID®** : une gamme de produits formulée selon les exigences de qualité et de sécurité propres à l'enfant.

Les extraits actifs de plantes contenus dans la gamme **PEDIAKID®** sont rigoureusement sélectionnés pour leurs propriétés reconnues et leur action douce.

Tous les concentrés buvables **PEDIAKID®** contiennent des fibres solubles d'acacia, aux effets rééquilibrants de la flore intestinale.

Exclusivité des Laboratoires INELDEA, le sirop d'Agave est constitué de sucres naturels non raffinés.

N°CE : 20161512265DMP/20UCA/MAv2

Fabricant :

PEDIAKID® est une marque déposée des  
Laboratoires INELDEA  
06510 Carros - France  
■ ● Marque Française  
[www.pediakid.com](http://www.pediakid.com)

.....  
Distributeur :

Rimapharma - 165, Bd Abdelmoumen  
Casablanca, Maroc.  
Tél : +212-522-29-58-47



PVC : 98,00DHS

LABORATOIRES  
**INELDEA**

BOTTU SA  
PPV: 71 DH 50

États grippaux

oscilloccinum®

6 doses



BOIRON®



CIP: 3400732611007

LOT: 3H0362

EXP.: 07/2026