

## 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° W19-578723

154667

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6216 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Heil JAMILA

Date de naissance : 7/4/1963

Adresse : 10482 rue Lassi Lassi, Casablanca

Tél. : 0673842035 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : ..... le : .....

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
03/02/23	C7		— C.T. —	INP : 097165

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL FILALI N° 2 Ibn El Walid Gueliz - Marrakech Tél : 05 24 43 27 00	31/2/2023	246,55

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

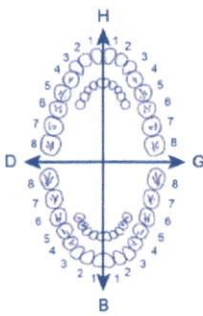
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

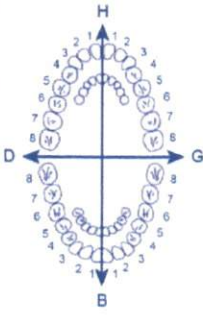
Important :

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

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	(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. SEBTI Abdelmajid

Gastro-Enterologie

Hépatologie - Proctologie

Vidéo - Endoscopie digestive

Echographie



الدكتور السبتي عبد المجيد

إختصاصي في أمراض

الجهاز الهضمي - الكبد - المخرج

المنظار الداخلي

الفحص بالصدى الصوتي

Marrakech, le : 03 FFV 2023

## ORDONNANCE

Mme Amina Jemila

46,00

1. digestive

anti y  
ry < mi



ant nyge (1/1/11)

144,50  
2.

0 Ledit 20

ly li & ...



28,20

x2

\* 3.

so l'f d al ro



ly v 2 11' au ...

246,20

06 62 11 81 77 : 05 24 44 64 64 : الهاتف : 05 24 44 64 64 : المأمول : 06 62 11 81 77

Av. Hassan II, Res Hamdane N° 40 - Marrakech (en face des sapeurs pompiers) - Tél : 05 24 44 64 64 - Gsm: 06 62 11 81 77

**OLEDIZ® 20 mg**

Esoméprazole

**أوليديز® 20 ملغ**

إيزوميرازول

OLEDIZ® 20 mg, comprimés gastro-résistants Boite de 28

PPV: 144 DH 50

AMM N° 18620/05/21/TR/DMP/AX/02



مدة العلاج : .....  
Durée du traitement :

**Titulaire d'AMM/Distributeur :**  
Laboratoire Axxess Pharma  
Lot N°67 Zone Industrielle Sahel Had Soualem,  
Maroc.

صاحب رخصة التسويق/الموزع : مختبر أكسس فارما رقم  
67، المنطقة الصناعية الساحل، حد السوالم المغرب

Fabriqué par Jubilant Generics Limited  
Jubilant Generics Limited distributeur  
Village Sikandarpur Bahainswal,  
Roorkee Dehradun Highway,  
Bhagwanpur, Roorkee,  
Dist. - Haridwar,  
Uttarakhand - 247 661, Inde

**28** 20

comprimés gastro-résistants  
قرصا صامدا لحموضة المعدة

**Composition :**  
Esoméprazole.....20 mg  
Sous forme d'ésoméprazole magnésium amorphe  
**Excipients**.....q.s.p. 1 comprimé gastro-résistant.  
Excipients à effet notoire : saccharose, lactose.  
**Mode et voie d'administration :**  
Lire attentivement la notice avant utilisation.  
Conditions de conservation :  
A conserver à une température inférieure à 30°C.

التركيبية :  
إيزوميرازول ..... 20 ملغ  
على شكل إيزوميرازول المغنيزيوم أمورف  
السواغات ..... كمية كافية لقرص صامدا لحموضة المعدة  
سواغات ذات تأثيرات معروفة : ساكرز، لكتوز،  
كيفية و طريقة الإستعمال :  
إقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الإستعمال.  
شروط الحفظ :  
يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية.

Tenir Hors De La Vue Et De La Portée Des Enfants

يحفظ هذا الدواء بعيدا عن مدى ومناول الأطفال

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**  
**يجب احترام الجرعات الموصوفة**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - TABLEAU C (liste II)

يصرف بغير وصفة طبية - جدول س (الجدول II)

**axess  
pharma**



# Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER

30 gélules

Forme à action prolongée

LOT 222732 1  
EXP 08 2027  
PPV 46.00



*5 + 10*

# SULPIDAL<sup>®</sup>

Sulpiride

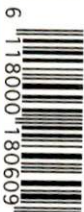
**50 mg**

Voie orale

20 gélules

*29 15*

SULPIDAL<sup>®</sup> 50 mg  
20 gélules



6 118000 180609

*28, 20*

PPV  
LOT  
PER

*5 + 10*

# SULPIDAL<sup>®</sup>

Sulpiride

50 mg

Voie orale

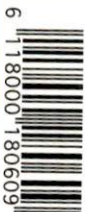
20 gélules

*29 15*

SULPIDAL<sup>®</sup> 50 mg

20 gélules

○



*28, 20*

PPV  
LOT  
PER