

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0034680

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9410 Société : 158892

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEIKH WAHIB

Date de naissance : 26.08.1977

Adresse : R. du 6 Juin, Kénitra, Rue Jouda

Tél : 0661 18 11 27 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24.04.2023

Nom et prénom du malade : BENCHEIKH WAHIB Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue

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 : 06/04/2023 Le : 08/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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

Autorisation CNDP N° : A-A-É15 / 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
24.04 2023	G			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Anzaf Rue Souk - Maarif Casablanca - Tél : 0522 25 22 09	24/04/2023	36,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

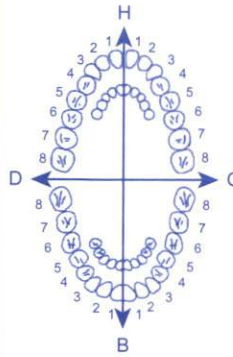
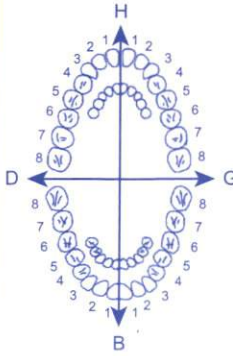
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D ————— G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D ————— G																
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز بئر أنزران لأمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك وتقويم الدوار والصمك والشخير  
**Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-maxillo-Faciale**  
**Exploration des Vertiges et de la Surdité**

**Dr. Faouzi BELQADI**

- CES D'ORL
- NEZ - GORGE - OREILLE
- Chirurgie Cervico - Maxillo - Faciale
- Vertige Ronflement
- Médecin Fédéral de la FFESSM



**الدكتور فوزي بلقاضي**

إختصاصي في أمراض الأذن الأنف  
والحنجرة وجراحة الوجه العنق والفك  
وتقويم الدوار والصمك والشخير  
طبيب الجامعة الفرنسية للقطس  
والرياضات المائية

CASABLANCA LE

24/04/2023

Monsieur BENCHEIKH Wahib

ANTIBIO SYNALAR GOUTTES AURICULAIRE

10 gouttes 2 fois par jour dans l'oreille malade pendant 10 jours

DERMOVAL

1application, 2 fois par jour pendant 7 jours, puis une fois par jour, pendant 7 jours.

**Dr. BELQADI Faouzi**  
Spécialiste O.R.L.  
119, Bd. Bir Anzarane - Ma rif  
Tél : 05 22 23 84 84  
05 22 98 14 67

**Madame BARTAL FATIMA**  
Pharmacie Acharaf  
Rue Soudan - Ma rif  
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

11

EPI titulaire de l'AMM au Maroc et fabricant  
 Polymedic  
 Rue Arroyot d'Orville, Quartier Arsalane  
 Casablanca - Maroc  
 Dr. T. BELABDA : Pharmacien Responsable

AMM N° 461/SG/42



**INDICATIONS, CONTRE - INDICATION ET**  
 POSOLOGIE  
 Voir la notice  
 Tenir hors de la vue et la portée des enfants.  
 A conserver à une température inférieure à 25°C, à l'abri de la lumière.  
**COMPOSITION**  
 Acétamide de Fluoroclorone 0,025 g  
 Sulfate de néomycine B 1 000 000 UI  
 Excipients : GSP 100 mg  
 350 000 UI  
 Nitrate de phénylmercurique, propylène glycol

ACV0100055-10

قطرة من سمعة 10 مل



الكلاب الصغار  
 قطرات اذنية  
 ايتيبلا

ANTIBIO SYNALAR

04,6v



صاحب رخصة التصدير  
 الدكتور بولمديك ايتيبلا  
 1000000 وحدة دولية من سلفات  
 النيومايسين - 25000 وحدة دولية من  
 الاستاميد - 0,025 غرام من  
 الفلوروكلورون

التعليمات: قطرة في مداخل الأذن المصابة، 3-4 قطرات  
 - لا يترك في مكانها 15 دقيقة  
 - لا يترك في مداخل الأذن 25000 وحدة دولية  
 - يحفظ في درجة حرارة 2-8°



ANTIBIO SYNALAR  
 GOUTTES  
 AURICULAIRES 10 ml

C91460-10

Facon de 10 ml



ADULTES, ENFANTS  
 GOUTTES  
 AURICULAIRES  
 ANTIBIO  
 SYNALAR

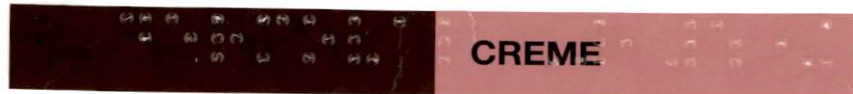
ايتيبلا



# Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

Tube 10 g



**Titulaire d'AMM au Maroc:**  
Laboratoires GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat

**COMPOSITION :**  
Propionate de clobétasol.....0,050 g  
Pour 100 g de crème.

**Excipients :** monostéarate de glycérol,  
Arlacel 165, cire synthétique, citrate de sodium,  
acide citrique monohydraté, eau purifiée.

**Excipients à effet notoire :** propylène glycol,  
alcool cétoestéarylique, chlorocrésol.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
Voie cutanée.

**Tube de 10 g**

LIRE LA NOTICE  
AVANT UTILISATION

A conserver à une température ne dépassant  
pas 30°C.

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 17,40 DH



EXP 09 2024  
Lot 61182

## Dermoval 0,05 % CREME

Voie cutanée



**NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

LISTE I - Uniquement sur ordonnance