

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



195931

Déclaration de Maladie : N° S19-0047601

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12953 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELHARZOUGI Zineb Date de naissance : 03/03/87
Adresse : 24, Rue La Pyramide Belevard
Tél. : 06 55 3136 05 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 : Remboursement Complémentaire

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 : 20/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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

Nom de l'assuré(e) :

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : CHATA Prénom(s) du patient : CHATA
 Date de naissance : 23/01/24 Lien de parenté avec l'assuré(e) : Affectation ORL
 Nature de la maladie : Affectation ORL
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : CSA
 Fait à : CSA, le 23/01/24

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

| Date des actes médicaux | Nombre d'actes | Nature et coefficient | Montant détaillé des honoraires | Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes |
|-------------------------|----------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23/01/24 | 1 | Ca | 250 DH | <i>[Signature]</i> Dr. KHATTAB KHATTAB 625 Bd Mohammed V - Casablanca Tél: 0522-24-61-14 IGAM: 0661-33-25-56 |
| N° ICE | | N° INP | | |
| N° ICE | | N° INP | | |
| N° ICE | | N° INP | | |
| N° ICE | | N° INP | | |

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

| Date de l'ordonnance | Montant de la facture | Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture |
|----------------------|-----------------------|--|
| 23/01/24 | 52,80 | <i>[Signature]</i> RUE DE ROY 092063031 |
| N° ICE | | N° INP |
| N° ICE | | N° INP |
| N° ICE | | N° INP |
| N° ICE | | N° INP |

Analyses - Radiographies

| Date de l'ordonnance | Désignation des coefficients | Montant des honoraires | Signature et cachet du I ou du radiolog |
|----------------------|------------------------------|------------------------|---|
| N° ICE | | N° INP | |
| N° ICE | | N° INP | |
| N° ICE | | N° INP | |
| N° ICE | | N° INP | |

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis ☐ Nombre de séances : _____ Établi le : _____
 Facture ☐ Nombre de séances : _____ Établi le : _____

| Date des soins | Nombre | | | | Montant détaillé des honoraires | Signature et cachet du N° d'autorisation d'exerc |
|----------------|--------|--------|----|----|---------------------------------|--|
| | AM | PC | IM | IV | | |
| N° ICE | | N° INP | | | | |
| N° ICE | | N° INP | | | | |
| N° ICE | | N° INP | | | | |
| N° ICE | | N° INP | | | | |

Cadre réservé à Sanlam Maroc

| | |
|-----------------|---------------|
| Médecin conseil | Fiche dossier |
|-----------------|---------------|

Docteur Khattabi Chakib

Spécialiste Pédiatrie

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris



الدكتور خطابي شكيب

اختصاصي في أمراض الأطفال

خريج كلية الطب بباريس

ملحق سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le : الدار البيضاء في

EZZAHEN

40.00

Bicamylase

AS

✓ 1 CC x 3 / 1 ' 41 '

12.80 doliprane suv 300

52.80

✓ 73
3'

Dr. KHATTABI CHAKIB
PEDIATRE
625 Bd Mohamed V - Casablanca
Tél: 05 22 24 61 14 / Gsm: 06 61 33 25 56

625, شارع محمد الخامس - الطابق الثاني - رقم 16 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 24 61 14 - المنيقل 06 61 33 25 56

625, Bd. Mohamed V - 2^{ème} Etage N° 16 - Casablanca - Tél. 05 22 24 61 14 - GSM: 06 61 33 25 56

BIOMYLASE[®]
Comprimés pelliculés ; Boîte de 24
Sirop ; Flacon de 125 ml
Alpha-amylase

Avant de prendre ce médicament, lisez attentivement la notice qui accompagne le médicament. Si vous avez des doutes, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

crit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre sans avis médical. Il peut lui être nocif.

crit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre sans avis médical. Il peut lui être nocif.

si vous remarquez un effet indésirable non habituel ou à votre pharmacien.

| | |
|--------------------|--|
| Pour 1 Cp enrobé | |
| 1000 U CEIP* | |
| s.p. 1 Cp | |
| Pour 1 ml de sirop | |
| 200 U CEIP* | |
| s.p. 1 ml | |

de propyle sodique (E217), Parahydroxybenzoate de sodium.

Chaque comprimé est recouvert d'une couche de cellulose à visée anti-inflammatoire.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?
Ce médicament est indiqué dans les maux de gorge peu intenses et sans fièvre.

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Posologie

• **Comprimé :**
Adulte : 1 Comprimé, 3 fois par jour au cours des repas.

• **Sirop :**
Adulte : 1 cuillère à soupe (15 ml), 3 fois par jour.
Enfant de plus de 3 ans (plus de 15 kg) : 2 cuillères à café (10 ml), 3 fois par jour.
Nourrisson et enfant de 6 mois à 3 ans (7 kg à 15 kg) : 1 cuillère à café (5 ml), 3 fois par jour.

Mode et voie d'administration
Voie orale.

Avaler les comprimés, sans les croquer, avec un verre d'eau.

Durée du traitement
Pour les comprimés : Ne prolongez pas le traitement au-delà de 5 jours sans avis médical.
En l'absence d'amélioration comme en cas de persistance des symptômes, prenez un avis médical.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?
Ne prenez jamais BIOMYLASE :
• En cas d'antécédents d'allergie à l'alpha-amylase ou à l'un des composants, notamment les parabens (le cas du sirop).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EFFETS NON SOUHAITÉS ET GENANTS
Comme tous les médicaments, BIOMYLASE peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

DOLIPRANE[®]

100 mg suppositoires sécables (de 3 à 8 km)
150 mg suppositoire (de 8 à 12)
200 mg suppositoire (de 12 à 15)
300 mg suppositoire (de 15 à 20)

COMPOSITION QUALITATIVE ET

Doliprane 100 mg : paracétamol
Doliprane 150 mg : paracétamol
Doliprane 200 mg : paracétamol
Doliprane 300 mg : paracétamol

PPV 12DH80
PER 02/26
LOT M510

FORME PHARMACEUTIQUE

Doliprane 100 mg suppositoire sécable Boîte de 10 suppositoires
Doliprane 150 mg suppositoire Boîte de 10 suppositoires
Doliprane 200 mg suppositoire Boîte de 10 suppositoires
Doliprane 300 mg suppositoire Boîte de 10 suppositoires

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE
ANTALGIQUE - ANTIPYRETIQUE
(N: Système nerveux central)

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Allergie connue au paracétamol
- Maladie grave du foie
- Inflammation récente anale ou rectale ou saignement récent du rectum
- En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISES EN GARDE SPECIALES

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre «posologie»)

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.
En cas de doute ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Il existe des interactions médicamenteuses avec certains médicaments, notamment avec l'acide urique.

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

| | |
|----------------------------------|--|
| Police N° : 0600999159 | Contractant : Bsh Electromenagers |
| Assuré : Ezzaher Badr | Date de réception de la déclaration : 29/01/2024 |
| N° Adhésion : 24 | Date de validation : 05/02/2024 |
| Personne soignée : Ezzaher Ghita | Date de survenance : 23/01/2024 |
| Sinistre N° : 5862182 | Déclaration N° : 22819813A |
| Bordereau N° : 947909 | Médecin Traitant : ***** |

| Nature de soins | Frais engagés (Dh) | Coefficient | Valeur | Base de remboursement (Dh) (a) | Frais remboursés par le premier assureur (Dh) | Taux de remboursement (b) | Frais remboursés (Dh) (c)=(a)*(b) |
|----------------------------|--------------------|-------------|--------|-----------------------------------|---|------------------------------|--------------------------------------|
| CONSULTATION / SPECIALISTE | 250,00 | NA | NA | 250,00 | 0,00 | 85 % | 212,50 |
| MEDICAMENTS | 52,80 | NA | NA | 52,80 | 0,00 | 90 % | 47,52 |
| Totaux (Dh) | 302,80 | | | 302,80 | | | 260,02 |

Nom du gestionnaire : OUTBOUT SARA PM

Date de l'édition : 15-02-2024

- (a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur clé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur clé. Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur clé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.
- (b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.
- (c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.

Assurance Non-Vie | Assurance Vie

Sanlam Maroc | 216, Bd Zerktouni | CP : 20060 | Casablanca, Maroc

Sanlam Maroc - société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances. RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 - Taxe professionnelle : 355.11.249
IF : 01084025 - ICE : 000230054000034

T +212 522 47 40 40
F +212 522 26 55 58
sanlam.ma