

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0025157

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 41201 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MALKI MONCEF  
Date de naissance : 15/05/1984  
Adresse :  
Tél. : 0662.764.886 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 : Syndrome fébrile  
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 : Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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

### 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
10/11/24	CS		300	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmésu	Date	Montant de la Facture
	10/11/24	445,00

### 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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

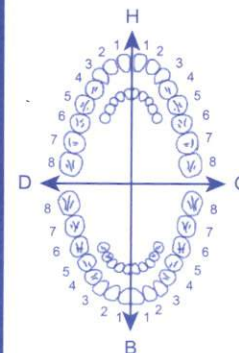
### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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



AKDITAL

Clinique Panorama Sidi Maarouf  
مصحة بانوراما سيدي معروف

Casablanca, le 10/01/24

MACKI NONCOE

Pharmacie Sun Square Almaz SARL AU  
Dr. Amrani Walid  
218, Sun Square Almaz Quartier Almaz,  
Rocade Sud-Ouest Casablanca  
Tél - Wtsp : 06 20 20 19 20  
INPE : 062115449

1)  $222,00 \times 2 = 444,00$   
Augmentin 1g sachet



Ant 3/0 par 075

2) Dolipr 18 cp

1 cp x 41

3) rke

(1000 mg)

1 cp x 2

444,00

1<sup>er</sup> bon 2. 800.

**Service Réception**  
Clinique Panorama Sidi Maarouf  
Casablanca  
Boulevard Abou Bakr Kadiri  
INPE : 06006484

**Dr. HAFIANE Reda**  
Anesthésiste  
Clinique Panorama Sidi Maarouf  
Tél : 05 22 58 96 96  
Fax : 05 22 33 51 90

2<sup>e</sup> dose à 12h00

4) Zinostin 450p

1gt + 21j

  
**Dr. HAFIANE Reda**

Réanimateur-Anesthésiste  
Clinique Panorama Sidi Maarouf

Tél : 05 22 58 96 96  
Fax : 05 22 33 51 90

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**

1g/125 mg

**Composition :**  
Amoxicilline ..... 1g  
(sous forme trihydratée)  
Acide clavulanique ..... 125mg  
(sous forme de clavulanate de potassium).  
Contient de l'aspartame (environ 30mg).  
Mise en garde spéciale :  
risque d'allergie.

**Voie orale**  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.



B200968-01

01

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**

1g/125 mg



**poudre pour  
suspension  
buvable  
en sachet**

أو غمشتان 1 غ / 125 ملغ  
أموكسيسيلين / الحمض كلافلانيك  
مسحوق لمستهلك في كيس قابل للشرب

■ 12 SACHETS

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
12 sachets



6 118000 160175



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**

1g/125 mg

هذا الدواء قد يسبب حالات  
حساسية. يحفظ بعيدا عن متناول  
ومرأى الأطفال، تحت درجة  
حرارة أقل من 25° وبعيدا عن  
الرطوبة.  
اقرأ النشرة بانتباه قبل  
الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda, Région de  
Rabat

Information médicale :  
GlaxoSmithKline Maroc  
42 - 44 Angle Bd Rachidi  
et Rue Abou Hamed  
AlGhazali, Casablanca  
20 000

1g/125 mg

1g/125 mg

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**

1g/125 mg  
sachet

..... sachet(s) ..... fois  
prendre de préférence au  
repas, pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avant  
l'emploi.  
..... كيس... مرة  
اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU : 126,30  
LOT : 652727  
PER : 05/25



**AUGMENTIN** AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

**Composition :**

**Composition :**  
Amoxicilline ..... 1g  
(sous forme trihydratée)  
Acide clavulanique... 125mg  
(sous forme de clavulanate  
de potassium).  
Contient de l'aspartam  
(environ 30mg).  
Mise en garde spéciale :  
risque d'allergie.

**Voie orale**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.



B200968-01

01



**AUGMENTIN** AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية. يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال، تحت درجة حرارة اقل من 25° وبعيدا عن الرطوبة.  
اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda, Région de  
Rabat

Information médicale :  
GlaxoSmithKline Maroc  
42 - 44 Angle Bd Rachid  
et Rue Abou Hamed  
AlGhazali, Casablanca  
20 000

**poudre pour  
suspension  
buvable  
en sachet**

**أوغمنتان 1 غ/ 125 ملغ**  
أموكسيسيلين/ الحمض كلافولانيك  
مسحوق لمستعلق في كيس قابل للشرب

12 SACHETS

AUGMENTIN 1 g/125 mg   
12 sachets



**poudre pour suspension**  
**buvable en sachet**

6  
9/125 mg

**AMOXICILINE - ACIDE CLAVULANIQUE**  
**MGMENTIN**

**AUGMENTIN** AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

1g<sup>/125 mg</sup>  
sachet

..... sachet(s) ..... fois par ..... jour à  
prendre de préférence au ..... out des  
repas, pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avec ..... emploi.  
الدواء يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ..... يوم.

Uniquement sur ordonn

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30  
LOT: 652727  
PER: 05/25



CLINIQUE PANORAMA SIDI MAAROUF



CASABLANCA Le : 10-01-2024

Facture N° 00568/24

A. Identification

N° Dossier : PSM24A10104447 N° Identifiant : 011925/24  
Nom & Prénom : M. MALKI MONCEF  
C.I.N : BK306753  
Adresse : CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même  
Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 10-01-2024

Date Sortie : 10-01-2024

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT MUPRAS) de :

ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

Service Réception  
Clinique Panorama Sidi Maarouf  
Boulevard Abou Bakar Kadiri Sidi Maarouf  
Casablanca  
INPE : 060064847