

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-833993

END

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2007

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Imane FODANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ESRAA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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.

Le : 20 / 12 / 2023

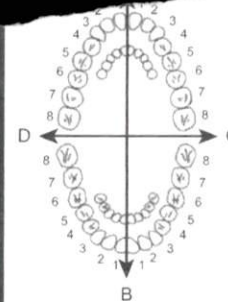


[illegible][illegible]

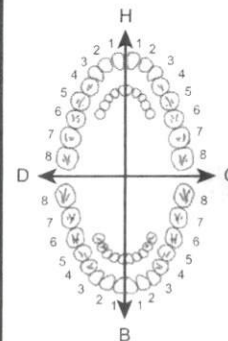
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



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	Montant des Honoraires
---	-------------------------------

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 0600999848	Contractant	: Arena Property Development
Assuré	: Khalidi Hicham	Date de réception de la déclaration	: 05/12/2023
N° Adhésion	: 154	Date de validation	: 08/12/2023
Personne soignée	: Khalidi Esraa	Date de survenance	: 10/10/2023
Sinistre N°	: 5811872	Déclaration N°	: 22834381A
Bordereau N°	: 939313	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	300,00	NA	NA	300,00	0,00	90 %	270,00
MEDICAMENTS	508,90	NA	NA	429,00	0,00	90 %	386,10
Totaux (Dh)	808,90			729,00			656,10

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
TOUDEX	79,90	Produits non remboursables
Totaux (Dh)	79,90	

Nom du gestionnaire : OUTBOUT SARA PM

Date de l'édition : 20-12-2023

(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

05 22 25 15 32
06 77 77 25 74
lou@gmail.com

10-10-23

notice avant de
prendre le médicament
vous devez lire attentivement
cette notice avant de prendre
le médicament. Elle vous informe
des indications, des contre-indications,
des effets secondaires, des précautions
d'emploi, des interactions médicamenteuses,
des symptômes d'urgence, des
autres informations importantes.
Si vous avez des questions, demandez-les
à votre médecin ou à votre pharmacien.
Ne donnez pas votre médicament à d'autres personnes.
Gardez votre médicament à l'abri de la chaleur, de l'humidité et de la lumière.
Ne jetez pas votre médicament dans les poubelles. Utilisez un système de destruction sécurisé.

gammatroire naturelle.

- Toux :

7990 1 cāc

2500 Ergic

1 cām le soir

- Singulier 4 mg

10,34 x 3

1 sachet x 1/1

le soir dans le yaourt

14900 Budena

(3 mois) x 2/1

6640 puis x 1/1 le soir

- Aclav enfant Dose 15 x 3/1

100 Intersection des Rues des Racines et Prosper Mérimée, Résidence Abraj Val fleuri. Appt N°4 - RDC. Val fleuri, Casablanca

PHARMACIE LA SECURITE
Nadia El Manjra BENCHEKROUN
130, Bd. My. Driss 1^{er}
Tél: 0522 22 45 - Casablanca

PHARMACIE DE L'ÉTOILE
8 AVENUE JEAN SALMON LEGAGNEUR
92420 VAUCRESSON

PHARMACIE AYMANE
AGUEDACH KAMAL
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca
Tél/Fax: 0522 99 69 21

Dr. Zineb LAHLOU BELLAÏLIH
PEDIATRE
Val Fleuri Casablanca
Tél: 0522 25 15 34

Fracture

Numéro de facture

Date _____

Code client

230086551

23/10/2023

922020946

PHARMACIE DE L'ETOILE

M. Atlán

8. avenue Jean Salmon Legagneur

92420 VAUCRESSON

FRANCE

Tél : 01 47 41 18 87

Fax : 01 47 41 30 62

E-mail : ordo.etoile@orange.fr

KHALIDI ESRAA

10 ALLEE DES ORMES

92420 VAUCRESSON

SIRET : 91165405100018 APE : 4773Z

TVA Intracommunautaire : FR23911654051

IBAN : FR76 30004008020001057380465 BIC : BNPAFRPPXXX

Mode de règlement : Carte Bancaire

Echéance : 01/11/2023

Duplicata 1

Code13Réf.	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 3931236 1	SINGULAIR 4MG GLE SACH DOS 28	3	10,1273	0,00	10,1273	30,38	2,1

Quantité totale des produits : 3

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA
2,1%	30,38	0,00%	0,00	30,38	0,64
Totaux	30,38	0,00%	0,00	30,38	0,64

Total Net HT	30,38 EUR
TVA	0,64 EUR
Montant TTC	31.02 EUR

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale. En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.

922020946 PHARMACIE DE L'ETOILE - 8, avenue Jean Sarrail

Siret: 91165405100018 - R.C.

APE: 4773Z - IBAN : FR76 30004008020001057380465 BIC : BNR

ORGANISATION
NGU
lukast

enfants de 6 mois à 5 ans

1 mg de montelukast sous forme de montelukast sodique.

des enfants, dépassant pas 2000

SACHET
protection de la lumière et de l'humidité.



Numéro de facture

Date _____

Code client

230086551

23/10/2023

922020946

PHARMACIE DE L'ETOILE

M. Allan

8. avenue Jean Salmon Legagneur

92420 VAUCRESSON

FRANCE

Tél : 01 47 41 18 87

Fax : 01 47 41 30 62

E-mail : ordo.etoile@orange.fr

SIRET : 91165405100018 APE : 4773Z

I.V.A. Intracommunautaire : FR23911654051

IBAN : FR76 30004008020001057380465 BIC : BNPAFRPPXXX

Duplicata 1

KHALIDI ESRAA

10 ALLEE DES ORMES

92420 VAUCRESSON

Mode de règlement : Carte Bancaire

Echéance : 01/11/2023

Quantité totale des produits : 3

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA
2,1%	30,38	0,00%	0,00	30,38	0,64
Totaux	30,38	0,00%	0,00	30,38	0,64

Total Net HT	30,38 EUR
TVA	0,64 EUR
Montant TTC	31,02 EUR

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : KHALIDI Prénom(s) du patient : ESRAA
 Date de naissance : 29-4-20 Lien de parenté avec l'assuré(e) :
 Nature de la maladie : Rux
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :
 Fait à : CASA, le 10/10/23

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
10/10/23	1	a	300 DH	<i>Dr. Zineb EL BOUBRI</i> N° INP: 0522 25 33 33
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
10/10/23	€ 9500	PHARMACIE EL MANE AGUEDACH KAMAL Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri Présidence - Casablanca
10/10/23	10,34 x 3 €	PHARMACIE DE L'ÉTOILE 8 AVENUE JEAN SALMON LEGAGNEUR 92420 VAUCRESSON Tél: 01 47 41 30 52
10/10/23	25,00 dh	PHARMACIE DE LA SÉCURITÉ 130, Bd. N° 1 Driss I Tél: 0522 86.22.45 - Casablanca
N° ICE		N° INP

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
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 praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
N° ICE		N° INP				
N° ICE		N° INP				
N° ICE		N° INP				

Cadre réservé à Sanlam Maroc

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

LOT : 1438
PER : 01/25
PPV : 66DH1C



05 22 25 15 32
06 77 77 25 74
lou@gmail.com

10.2.3

Excipients

q.s.p

1 sachet

PROPRIETES :

Antibiotiques antibactériens de la famille des bêta-lactames.
Aclav est une formulation associant l'amoxicilline et l'acide clavulanique.

INDICATIONS :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes recenseés dans le tableau ci-dessous.
Les otites moyennes aiguës, otites récurrentes.
Les sinusites maxillaires aiguës et autres formes d'infections des sinus.
Les angines récurrentes, amygdalites chroniques.
Les surinfections de bronchites aiguës du patient.
Les exacerbations de bronchopneumopathies chroniques.
Les pneumopathies aiguës du patient à risque.
Les cystites aiguës récurrentes, cystites non compliquées dues à des germes sensibles.
Les infections gynécologiques hautes, en association avec un traitement approprié.
Les parodontites.
Les infections stomatologiques sévères : abcès, pharyngites, etc.
Traitement de relais de la voie injectable.
Infections respiratoires basses chez le nourrisson.
Infections urinaires chez le nourrisson.

CONTRE INDICATIONS :

- Absolues :
 - Allergie aux antibiotiques du groupe des bêta-lactames.
 - Mononucléose infectieuse.
 - Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association.
 - Phénylécétonurie (en raison de la présence de l'acide clavulanique).
- Relatives :
 - Le méthotrexate.

POSOLOGIE :

Les Posologies sont exprimées en Amoxicilline.

Adulte normo-rénal (poids ≥ 40 kg)

2 à 3 g/jour en 2 à 3 prises selon la prescription médicale.

Adulte insuffisant rénal (poids ≥ 40 kg)

Clairance de la créatinine	Schéma posologique
Supérieur à 30 ml / min	pas d'adaptation
Entre 10 et 30 ml / min	1 g / 125 ml
Inférieur à 10 ml / min	Pour les patients insuffisants rénaux, la dose doit être adaptée en fonction de la clairance de la créatinine.

Chez les patients âgés : pas d'adaptation posologique (même posologie chez l'insuffisant rénal).

SECURITE
ENCHEKROUN
Driss 1
45 - Casablanca

MANE
MAL
Henri
Casablanca

le de yaourt

Dr. Zineb LAHLOUBEL
PEDIATRE
Val Fleuri Casablanca
Tel: 0522 25 15 32

x 1/1 le soir (3)
Aclav enfant dose 15 x 3/j (3)