

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



ND: 51864

## Déclaration de Maladie : N° P19-0015623

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12980 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Benkroun Hayem Date de naissance : 01/07/1980  
Adresse : 187 RI Abouinanan, Boudou Moukoko, C, 40105  
Tél. : 0681594130 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SOALLI Mohamed  
Professeur de Pédiatrie  
21, Place Charles Nicolle  
Tél. 0522.26.07.20 / 26.96.07

11 DEC. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 11 DEC 2020  
Nom et prénom du malade : Benkroun Hayem Age : 34 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : syndrome fébrile  
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
12 DEC 2020		03	20,00	Mohamed Professeur de Pédiatrie Place Charles Nicolle Tél: 01 22 47 56 44 / 05 22 47 56 44

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/20	167,60

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
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</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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

ID: 645679  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 139,20 DH  
118001140823

IOUSSAINI

ie  
n Pédiatrique et

1 dose U. Ibn Rochd

1 vial with powder + 1

with s Nourrissons

1 flacon avec poudre + 1 ser

avec s diatriques

1 vial con polvo +

Asthme de l'Enfant

ciété Pédiatrique de Pneumologie

et d'Allergologie

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء، في

12.12.2020

Enfant BENKIRANE Zineb

Age : 3 ans 4 mois

1 VACCIN PRIORIX (GSK)

2 APIRETIL SIROP (PARAC)(CONSER < 15)

Graduation à 15, 3 fois / jour, pendant 2 jours

Pharmacie Charles Nicolle  
HEDYA TAK - TAK  
99, Place Charles Nicolle  
Casablanca  
Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

Dr SOUKRI Mohamed  
Professeur de Régénération  
21, Place Charles Nicolle - Casablanca  
Tél.: 05 22 26 07 20 - 06 61 14 98 85

## أبيريتيل تسمية

# APIRETIL®

100 mg/ml

Paracétamol

الرجاء قراءة هذه النشرة قبل استخدام هذا الدواء عليك دائماً استخدام أبيريتيل 100 ملغ/مل لعلاج  
احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج لقراءتها مرة أخرى  
اسأل الصيدلي للحصول على المشورة أو المعلومات  
إذا تفاقم الأعراض، أو إذا استمرت الحمى  
إذا تفاقم أي من الآثار الجانبية، وإذا لاحظت

### ملخص النشرة :

- ما هو أبيريتيل 100 ملغ/مل وفي أي حالات يت
- ما هي المعلومات التي يجب أن تعرفها قبل تنا
- كيف يجب تناول أبيريتيل 100 ملغ/مل ؟
- ما هي الآثار الجانبية المحتملة ؟
- كيف تحافظ على أبيريتيل 100 ملغ/مل ؟
- معلومات إضافية

### 1. ما هو أبيريتيل 100 ملغ/مل وفي أي حالا

الصف الصيدلاني الدوائي  
أبيريتيل 100 ملغ/مل محلول لشرب  
يصلح هذا الدواء لعلاج أعراض الألم الخفيف

### 2. ما هي المعلومات التي يجب أن تعرفها ق

لا تأخذ أبيريتيل 100 ملغ/مل محلول لشرب  
إذا كانت لديك حساسية (حساسية شديدة)  
إذا كان لديك مرض الكبد.

### احتياطات خاصة مع أبيريتيل 100 ملغ/مل محلول

- لا تأخذ أكثر من الجرعة الموصى بها في الفقرة 3 "كيف يجب تناول أبيريتيل"
- استهلاك المشروبات الكحولية في وقت واحد مع الباراسيتامول قد يسبب تلف الكبد.
- ينبغي القيام بانتظام بمراقبة الكبد ووظائف الكلى ووظائف القلب والرئتين أو فقر الدم، يجب استشارة الطبيب قبل إعطاء هذا الدواء.
- إذا كان يعاني الطفل من مرض في الكلى والقلب والرئتين أو فقر الدم، يجب استشارة الطبيب قبل إعطاء هذا الدواء.
- إذا استمرت الأعراض لأكثر من 3 أيام أو ازدادت سوءاً، أو إذا ظهرت أعراض أخرى لم يرد ذكرها في هذه النشرة، توقف عن استخدامه وراجع طبيبك المعالج.

### 3. احتياطات خاصة بالطفل يأخذ بالفعل أدوية أخرى، من فضلك انظر أيضاً إلى الفقرة التي تخص "استخدام أدوية أخرى".

ذلك الأدوية التي تم الحصول عليها بدون وصفة طبية، أخبر به الطبيب المعالج. الواقع  
فعالية وأحد من الأدوية أو تعريض الطفل لتأثير غير مرغوب فيه. على وجه  
الفعالة التالية التالية، لأنه قد يكون من الضروري تعديل الجرعة