

# 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

- Reclamation : 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 - Gème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-836183

200806

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>MLE VVE02491</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>TIMOUCH OUAALOUS</b>			
Date de naissance : <b>1957</b>			
Adresse : <b>Donorout 11 Parcours d'Abaya 15 Yassoufou Sidi AL Hocine</b>			
Tél. <b>0662097664</b> Total des frais engagés : <b>512,80</b> Dhs			

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin			
<b>Dr. Mohammed Amine RTEL BENNAN</b> Specialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique <b>INPE : 141171587</b> 10, Av des FAR, B. Leu N°9, 1 <sup>er</sup> Etage, Appart 4 - Fes Date de consultation : <b>Tel 05 35 65 99 80, 05 34 44 09 70</b>			
Cachet du médecin :			
Nom et prénom du malade : <b>Ouaalous Timouch</b> Age : <b>65 ans</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : <b>Arthrose</b>			
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 : **AL Hocine**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **10/03/2024**

## VOLET ADHÉRENT

### Déclaration de maladie

W21-836183

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NEKOR TOUCHABA Mustapha Docteur en Pharmacie entre Sidi Bedafif (Boukidane) Tél : 05 39 80 69 04 / INP: 152064275	14.10.24	512,80 F

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/01/12		3094

## AUXILIAIRES MEDICAUX

### VOLET ADHERENT

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

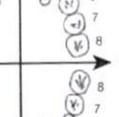
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]** Montant de l'indemnité honorariaire

	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse	Prise de su	
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE NEKOR

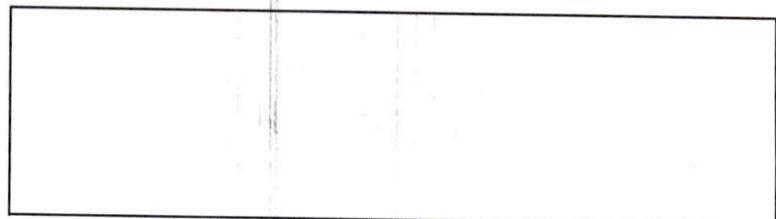
SIDI BOUAFIF

Diplomé de la Faculté de Pharmacie de Grenade  
Espagne  
ICE 000113770000006

R.C :3542 Patente:56562533  
T.V.A : C.N.S.S:2239946  
Banque:2121136461650006 BP  
Tél :Fixe:0539806904

Le 14/02/2024

FACTURE N°752080



Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	CEDOL /20CO	22,00	0,00	22,00	22,00		22,00	1,44	7,00
1	CEDOL /20CO	20,60	0,00	20,60	20,60		20,60	1,35	7,00
1	LYRICA 25MG/56 GELULES	141,10	0,00	141,10	141,10		141,10	9,23	7,00
1	COLTRAX 4MG/12CP	45,70	0,00	45,70	45,70		45,70	2,99	7,00
1	NOCICEPOL GEL	198,00	0,00	198,00	198,00		198,00	33,00	20,00
2	COLTRAX 4MG/12CP	42,70	0,00	42,70	85,40		85,40	5,59	7,00

PHARMACIE NEKOR  
BOUGHABA Mustapha  
Docteur en Pharmacie  
Centre Sidi Bouafif (Boukidane)  
Tél : 05 39 80 69 04 INP: 152064275

REMISE GLOBALE :	BRUT TTC	512,80	- Remise	0,00	= NET TTC	512,80
Nombre d'Articles : 6	TVA 7% Base :	294,29	Montant :	20,60	TVA 20% Base :	165,00 Montant 33,00

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinq Cent Douze Dirhams et 80 centimes.

**Dr. Mohammed Amine RTEL BENNANI**

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique - Adulte & Enfant

Chirurgie Rhumatismale

Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Hassan II - Fès

Nom :

Dr. Mohammed Amine RTEL BENNANI

Date :

14/04/2024

1  
22,00  
20,60

Cedol

(x 15)

S.V.

02 x 42,70  
02 x 45,70

2  
Gel

(x 15)

S.V.

142,10

lyri

S.V.

(x 30)

198,00 Agel x 3

4  
Woriceptol

S.V.

HARMACIE NEKOR  
BOUGHABA Mustapha  
Docteur  
entre Sidi Bouafer (Boukidane)  
tél : 05 39 80 69 04 / INP : 152064275

= 512,80

Dr. Mohammed Amine RTEL BENNANI  
Spécialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique  
INPE : 141111587  
10, Av des FAR - Bureau Noor, 1<sup>er</sup> étage, Appart. 4 - Fès  
Tél : 05 35 65 97 80 - Urgence : 06 34 44 09 70

12 comprimés

Coltrax®

CG1409-05

ACV0100029-05

®

الدواء  
كولتركس

4 comprimés  
لـ 12



Formule :

Thioclochicoside ..... 4 mg  
Excipients a.s.p. ..... 1 comprimé  
Boîte de 12 comprimés.

POLYMÉDIC

Rue Amyot d'Ivry Ville Quartier Arsalone - Casablanca Maroc / Dr. T. BELABDA - Pharmacien Responsable.

IMPRIMEPEL  
06/22

6 118000 120322  
12 comprimés

Coltrax® 4 mg

Comprimés

12 comprimés de 4 mg

THIOCOLCHICOSIDE

Coltrax®



Voie orale

Indications  
posologie  
mode d'emploi  
contre-indications

11

انظر البيان  
voir notice  
AMM N° : 102DMP/21/NCI

عن طريق الفم  
أشرطة  
مقداد  
كتفه الاستعمال  
حالات عدم الاستعمال



12 comprimés

**Coltrax®**

PPV : 42DH70

مُكْتَرَنْ كُوكَتْرَلْ

١٢ كبسولة  
٤ جم

Formule :

Thiocolchicoside ..... 4 mg  
 Excipients q.s.p. ..... 1 comprimé  
 Boîte de 12 comprimés.

**POLYMÉDIC**

Rue Amyot d'Imville Quartier Arsalane - Casablanca Maroc / Dr. T. BELABDA - Pharmacien Responsable.

IMPRIMEPEL  
06/22

CG1409-05

ACV0100029-05

12 comprimés



LISTE I

مُكْتَرَنْ كُوكَتْرَلْ

6 118000 120322

12 comprimés

**Coltrax 4 mg****Coltrax**®

THIOCOLCHICOSIDE

**Comprimés**

12 comprimés de 4 mg



عن طريق الفم

إرشادات  
تحذيرات  
كتفه الاستعمال  
حالات عدم الاستعمال

Voie orale

Indications  
posologie  
mode d'emploi  
contre-indications

20

انظر البيان | voir notice | AMM N° : 102DMP/21/NCI

