

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1241

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraite : 1949/11

Nom & Prénom : Zineb THAÏLI

Date de naissance : 24/02/1948

Adresse : Hayoulfa Nissini Rue 22 N 18/20

Tél. : 0661418487

Total des frais engagés : 2899 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/2024

Nom et prénom du malade : Théïs Zineb

Age : 75

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : Cécité bilatérale

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

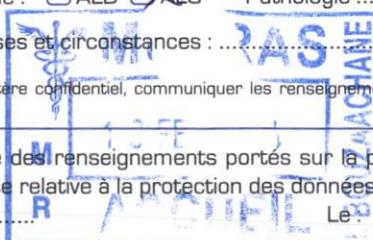
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : KSA

Le : 01/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE 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
23.10.2011	CC?		8000.-	Interne M. A. M.



## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

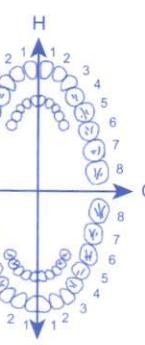
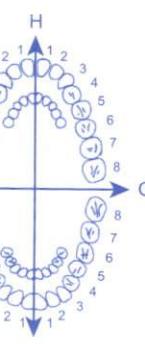
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				Coefficient DES TRAVAUX											
															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
				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

01/02/24

## ORDONNANCE

Dr. Thabit Tawfiq  
(?  
)

1) Tabex 28 mg po/17 jours

PHARMACIE AL BOUDOOUR  
SARL AU Capital de 6.320.000 Dirhams  
Siège Social Casablanca : 115, Rue de Séba  
Tél: 05 22 86 04 66 - Fax: 05 22 86 04 62  
R.C. : Casa 23-2331 - If.: 40464164

2) Cipor 200 mg x 28 jours

Sin

Audex 400 mg x 27 jours (J1)

200 mg x 27

3) Aptol 1 long h1  
8 jg/03

01/02/2024

## Photo Finds

$$\begin{array}{r} 5 \times 235.00 \\ 534.00 \end{array}$$

S.V.

534, Room 2 of 3, A

75 Aug 19

$$\begin{array}{r} 5 + 373 \\ 186 \end{array} \quad \boxed{-}$$

SV

1865) — John. Forney

Aug 13 edit for

3) Applied ~~new~~<sup>old</sup> ~~for~~<sup>to</sup>

PHARMACIE AL BOUDOUR

**PHARMACIE REBOUC**  
Capital de 6.320.000 Dirhams

SARL Au Capital de 0.520.000,-  
Siége Social Casablanca : 115, Rue de Sebta

Tél: 05 22 86 04 68 - Fax: 05 22 86 04 6

Tél: 05 22 86 04 05 - Fax: 05 22 86 04 05  
PCP : asa 45 234 IF : 40464164

RECLASASADA

T- 2399

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 600mg perf fl 100ml  
P.P.V : 373,00 DH



6 118001 080687

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 600mg perf fl 100ml  
P.P.V : 373,00 DH



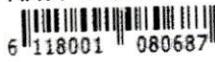
6 118001 080687

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 600mg perf fl 100ml  
P.P.V : 373,00 DH



6 118001 080687

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 600mg perf fl 100ml  
P.P.V : 373,00 DH



6 118001 080687

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 600mg perf fl 100ml  
P.P.V : 373,00 DH



6 118001 080687

# ترياكسون

سفترياكسون عبر الوريد

2 غ

عبر الوريد



قارورة من المسحوق

محلول للحقن بالتسريب

مساء ☺ زوال ☺ صباح ☺ مدة ☺



COOPER  
PHARMA

LOT : ٦٧-٠٤-٥  
PER : ٠٧-٢٠٢٦  
PPV : ٢٣٩,٠٠DH

# ترياكسون

سفتریاکسون عبر الورید

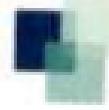
2 غ

عبر الورید



١ قارورة من المسحوق  
 محلول للحقن بالتسريب

٤ ملاعق صباح زوال مساء



COOPER  
PHARMA

LOT : S-09-3  
PER : 09-2024  
PPV : 239,00DH

تریاکسون®

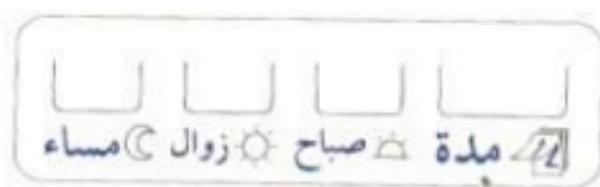
سفترياكسون عبر الوريد

٢

عبر الوريد



## قارورة من المسحوق محلول للحقن بالتسريب



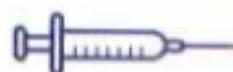
**COOPER**  
PHARMA

LOT: W-04-5  
PER: 07-2026  
PPV: 239,00DH

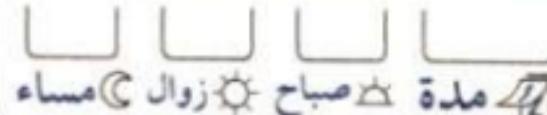
# ترياكسون®

سفترياكسون ————— عبر الوريد

10/1  
غ مل  
عبر الوريد



1 قارورة من المسحوق  
+ محلول للحقن



TRIAXON® I.V.  
1g/10ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081265

COOPER  
PHARMA

LOT : W-08-1  
PER : 06-2026  
PPV : 106,80DH

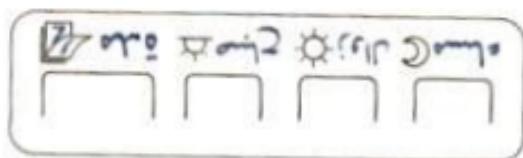
PPY : 106,80DH  
PER : 06-2026  
LOT : V-08-1

COOPER



Flacon de poudre + ampoule de solvante

1g/10ml  
TRIAKON® I.V.



ת.א.ל.מ. א.מ.מ. א.מ.מ. א.מ.מ.  
ת.א.ל.מ. א.מ.מ. א.מ.מ. א.מ.מ.



ת.א.ל.מ. א.מ.מ.  
10/31

ת.א.ל.מ. א.מ.מ. א.מ.מ. א.מ.מ.

ת.א.ל.מ. א.מ.מ. א.מ.מ. א.מ.מ.