

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 108.21			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SIHAT
Nom & Prénom : MOUFID SIHAT			
Date de naissance : 04/10/1976			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés : 562,40 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur Latifa Mourina			
Date de consultation : 107/02/2020			
Nom et prénom du malade : RUS + Asthénie + Arthralgies			
Age:			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : CRSA Le : 21/02/2020  
Signature de l'adhérent(e) : ADIEL SIEGE RAM

### 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
07/02/2020	C			INP : [REDACTED] Docteur Lamine MOURADI Infirmière [REDACTED] Région Pratique privée Royal Casablanca

**092029057**

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Praticien : CHAIFI	Date	Montant de la Facture
Chercheur du Fournisseur 06 45	18.2.2020	569,40
22, Angle Rue Abdourouss et Bd des Terrains de Sport-Ferme Bretonne - Casab.		

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

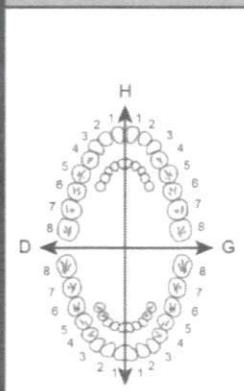
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. lamia MOUFID**  
Service de Santé  
Gendarmerie Royale

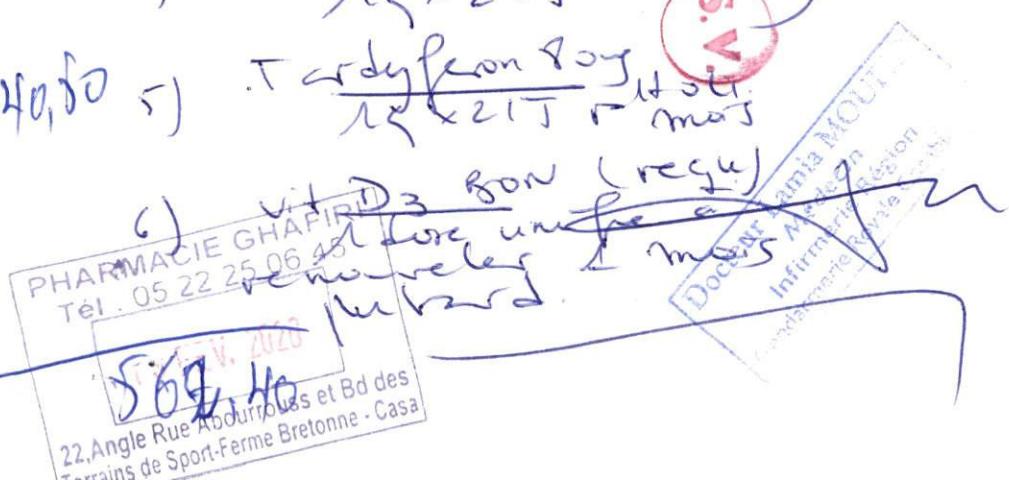
**ORDONNANCE**



No Fid  
Sifham

- 55/001) Anoxic 15   
15 x 2 (J)
- 2) Riduzol 100 mg (regu)  
15 x 2 (J)
- 137,303) Cladin 500 mg   
15 x 2 (J)
- 4) Neron 20 mg (regu)  
15 x 2 (J)
- 40,50 5) Tardylfén 80 mg   
15 x 2 (J) r mat.
- 6) Vit D3 800 (regu)  
15 x 2 une fois par jour  
1 mois

$$11 = 145$$



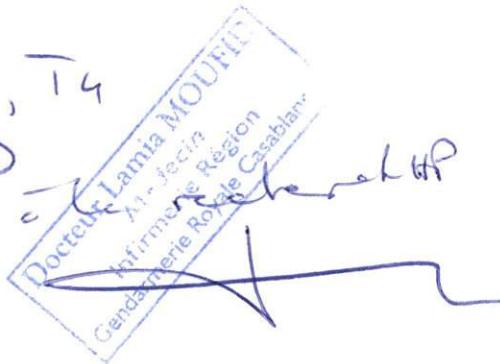
**Dr. lamia MOUFID**  
Service de Santé  
Gendarmerie Royale

07/02/2020

**ORDONNANCE**

MOUFID  
Sitham

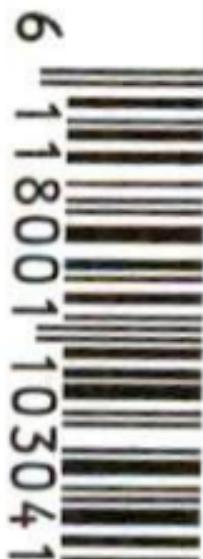
- 1) NPS , farinémie.
- 2) VS
- 3) GRAS , U3 Auc.
- 4) uree - creatinine g.
- 5) HDL, LDL, TG, CT
- 6) Sput , sput
- 7) ionogramme g.
- 8) TSHus , T3 , T4
- 9) vit D
- 10) Test vaginal
- 11) ~~Test urinaire~~



PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION  
Rue du Lycée - 45500 Orléans - France  
Fabricant / Fabricant

AMM N° 473/17/DMP/21/NRG

319334



**Tardyferon® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

Medicament non soumis à prescription médicale  
الدواء غير مسمى ب處cription طبية

# Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

## Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) ..... 1g  
Excipient q.s.p. ..... 1 comprimé  
Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيلين ١ جرام. يحتوي هذا الدواء على الأسيتراتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرؤوا النشرة بانتهاء قبل الاستعمال

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
Ce médicament peut causer des allergies.

يُحْلَّظ بعِدًا عَنْ مُتَّنَاهُ وَمَرَأَى الْأَطْفَالِ  
هَذَا الدَّوَاءُ قَدْ يُسَبِّبُ حَلَاتٍ حَسَاسِيَّةً

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 55,00 DH  
LOT : 621933  
PER : 03/21



A avaler avec un verre d'eau  
بتلع مع كأس من الماء

ou



A mettre préalablement  
dans un demi verre d'eau  
avant ingestion

إنابية الفرض في كوب من الماء وحرك الخليط

AMOXIL 1g

12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

# Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

## Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) ..... 1g  
Excipient q.s.p. ..... 1 comprimé  
Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيلين ١ جرام. يحتوي هذا الدواء على الأسيتراتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرؤوا النشرة بانتهاء قبل الاستعمال

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
Ce médicament peut causer des allergies.

يُحْلَّظ بعِدًا عَنْ مُتَّنَاهُ وَمَرَأَى الْأَطْفَالِ  
هَذَا الدَّوَاءُ قَدْ يُسَبِّبُ حَلَاتٍ حَسَاسِيَّةً

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 55,00 DH  
LOT : 621933  
PER : 03/21



A avaler avec un verre d'eau  
بتلع مع كأس من الماء

**ou**



A mettre préalablement  
dans un demi verre d'eau  
avant ingestion

إنابية الفرصن في كوب من الماء وحرك الخليط

AMOXIL 1g

12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

## Composition :

Clarithromycine (DCI) ..... 500 mg  
Excipients q.s.p. ..... 1 comprimé pelliculé  
Cet étui contient 10 comprimés pelliculés dosés  
chacun à 500 mg soit 5 g de clarithromycine  
Avant toute utilisation, lire attentivement la notice interieure.

**Cladia** 500 mg

10 comprimés pelliculés



6 118000 280439

LOT : 19059 PER : 05/2024  
PPV : 137,30 DH

Fabriqué sous licence



MEDINFAR

par les Laboratoires **Steripharma**

Z.I. Lina N° 347, Sidi Maârouf - Casablanca

**Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable**

AMM N° 272 DMP/21/NNP

500 ملغ

كلاديا<sup>(م)</sup>  
كلاريثروميسين

عن طريق الفم

10 أقراص مغلفة

## Composition :

Clarithromycine (DCI) ..... 500 mg  
Excipients q.s.p. ..... 1 comprimé pelliculé  
Cet étui contient 10 comprimés pelliculés dosés  
chacun à 500 mg soit 5 g de clarithromycine  
Avant toute utilisation, lire attentivement la notice interieure.

**Cladia** 500 mg

10 comprimés pelliculés



6 118000 280439

LOT : 19059 PER : 05/2024  
PPV : 137,30 DH

Fabriqué sous licence



MEDINFAR

par les Laboratoires **Steripharma**

Z.I. Lina N° 347, Sidi Maârouf - Casablanca

**Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable**

AMM N° 272 DMP/21/NNP

500 ملغ

كلاديا<sup>(م)</sup>  
كلاريثروميسين

عن طريق الفم

10 أقراص مغلفة

## Composition :

Clarithromycine (DCI) ..... 500 mg  
Excipients q.s.p. ..... 1 comprimé pelliculé  
Cet étui contient 10 comprimés pelliculés dosés  
chacun à 500 mg soit 5 g de clarithromycine  
Avant toute utilisation, lire attentivement la notice interieure.

**Cladia** 500 mg

10 comprimés pelliculés



6 118000 280439

LOT : 19059 PER : 05/2024  
PPV : 137,30 DH

Fabriqué sous licence



MEDINFAR

par les Laboratoires **Steripharma**

Z.I. Lina N° 347, Sidi Maârouf - Casablanca

**Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable**

AMM N° 272 DMP/21/NNP

500 ملغ

كلاديا<sup>(م)</sup>  
كلاريثروميسين

عن طريق الفم

10 أقراص مغلفة