

# 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

- Réclamation : 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 - 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-497042

Maladie     Dentaire **22965**     Optique     Autr

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13 175

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

I.C.H. JBA. S.P.R.A.

Date de naissance :

28 - 12 - 1990

Adresse :

9 Hy. W.F.D. OUELFIA - Casablanca

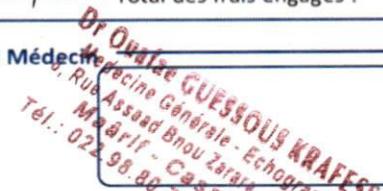
Tél. : 06 32 32 33 09

Total des frais engagés :

379,70

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Casa - 06/12/19

Nom et prénom du malade :

I.C.Hiba. SARA.

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection pulmonaire, Syndrome allergique

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 décide d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casablanca

Le : 27/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-497042

Remplissez ce volet, coupez 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 :

#### **RECLAME 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
06/12/19	C	2	200 Dh	<p style="text-align: right;">T. D. H. M. D. G. S. K. R. A. F. E. S. S.</p> <p style="text-align: right;">Médecine Générale - Echographie</p> <p style="text-align: right;">Rue Assaad Elou Zarara, 2ème étage</p> <p style="text-align: right;">Maârif - Casablanca</p> <p style="text-align: right;">022.98.80.77</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>pharmacie A MIA Mme BENZZOUJ Lot. Duffour Rue 13 et 4 - CASABLANCA TEL : 022 48 . 08 . 81</p> <p>552299</p>	179.70.	# 179.70 (qui) suivante ainsi en cours d'écriture et tout

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHERENT

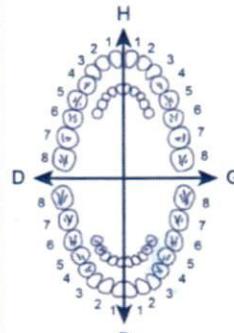
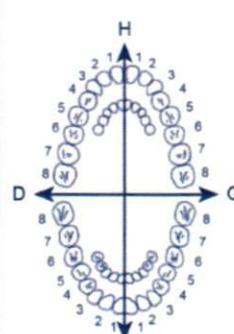
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié d'inscrire la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la n° des soins.

## Important

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	durée des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [REDACTED]												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [REDACTED]												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [REDACTED]												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [REDACTED]												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" 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 colspan="2" 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> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000		00000000	B	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [REDACTED]
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
00000000		00000000														
B	35533411	11433553														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [REDACTED]												
				<b>DATE DU DEVIS</b> [REDACTED]												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [REDACTED]												

Dr. Ouafae Guessous Krafess

Cabinet Médecine Générale

Echographie

Expertise Médicale - Diabétologie

Psychologie Médicale



الدكتورة وفاء غسوس الكرافس

عيادة الطب العام

الفحص بالصدى

الخبرة الطبية - مرض السكري

التشخيص النفسي الطبي

Casablanca, le : ١٢-١٩ الدار البيضاء، في :

## Schizue Sane

45.20

5.5

① Hydraté

Acq de soi x 65

36.40

5.5

② Ropied le

3 acq dans un % Ferre l'eau après le petit dej

x 5 jours

34.00

③ Ensuite

1 cas x 3 p x 65

64.10

5.5

④ A diminuer

1 acq x 2 p x 65

170.70

Pharmacie SAMIA  
Mme BENI  
Lot. Ouled  
Rue 13 et 4  
Tél. : 022 90.08.81  
Nadia  
Casablanca

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFESS  
Medecine Générale - Echographie  
8, Rue Assaad Bnou Zarara - Casablanca  
Maârif - Casablanca  
Tél. : 022.98.80.71 / 067.11.22.27

## Pharmacie PHARMACIE SAMIA



Adresse ANGLE RUES 13 ET 4  
 Ville CASABLANCA  
 Tél : 0522900881

Date : 04/12/2019

DEVIS		Quantité	Prix PPM	Montant
CO	AXIMYCINE 1G/14CP DISP	1	64.10	64.10
CO	XYZALL 5/14CP	1	45.20	45.20
CO	KOPRED 20 MG /20 EFF	1	36.40	36.40
SI	EUMOXOL SIROP 250 ML	1	34.00	34.00
Nombre de produit : 4		Montant Total		179.70

PHARMACIE SAMIA  
 Mme BEN YOUSSEF MAR Nadia  
 Lot. Ouled Cheikh V N° 12 Casabla  
 Rue 13 et 4 — CASABLANCA  
 Tel : 0522900881

CNSS  
256474R.C  
245726PATENTE  
35016800I.F  
51483097I.C.E  
001629852000083

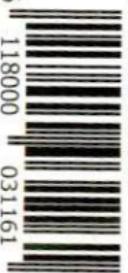
9

لا تتجاوز الجرعات المحددة  
NE PAS DÉPASSER LA DOSE PRÉSCRITE

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب  
POSOLOGIE : Se conformer à la prescription du médecin  
INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS : Voir notice  
AMM N° 253DMP/21

AXIMYCINE® 1g  
14 comprimés dispersibles

6 118000 031161



(118x72x25) mm

**AXIMYCINE®** 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 95005 5

EXP 08/2021



14 comprimés pelliculés

Dichlorhydrate de Lévoctétrizine

**Xyzall 5 mg**

LOT 191575 2

EXP 06 2023

PPV 45 20



**Xyzall 5 mg**

14 comprimés pelliculés

Non remboursable AMM



Dichlorhydrate de lévocétirizine.....5 mg par comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose monohydraté  
Voie orale. Liste II  
Posologie, mode d'emploi et mises en garde spéciales :  
Lire attentivement la notice avant utilisation.  
Ne laisser ni à la portée, ni à la vue des enfants.

**SOTHEMA**  
Fabriqué par les Laboratoires  
**SOTHEMA**  
B.P. N° 1, 27182 Boukoura  
Casablanca - MAROC.  
L'Art Pharmacien Responsable.  
sous licence UCB

(65x45x20) mm

40x40x65

### Composition

Prednisolone..... 20 mg  
(sous forme de métasulfobenzoate de sodium)

Excipients q.s.p... 1 comprimé effervescent  
Excipients à effet notoire : Lactose, sodium

التركيب :  
بريدنيزولون ..... 20 ملخ  
(على شكل ميتسلفوبينزوات صوديوم)  
سواغ كمية كافية ..... قرص واحد فوار  
سواغ ذات تأثير معلوم : اللاكتوز، الصوديوم

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

AMM : 375/16 DMP/21/NCN

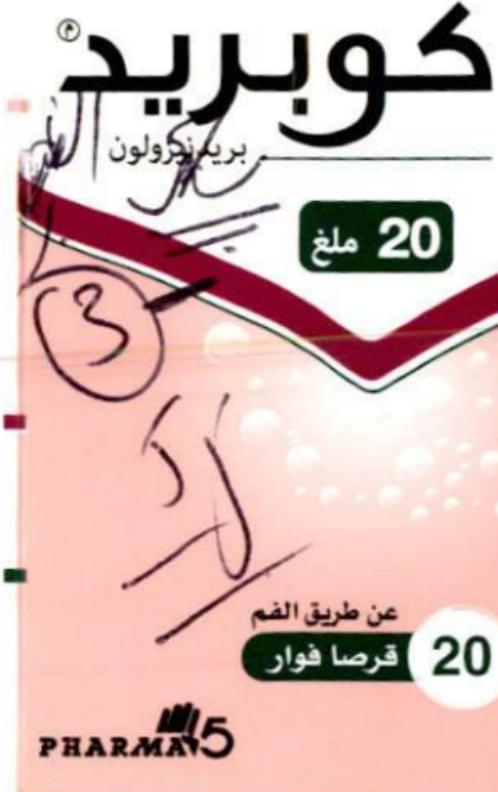
Kopred® 20 mg  
Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

Fleximat

PHARMAS | LOT : 3646  
UT.AV : 11-22  
PPV : 36DH40



# Eumoxol®

34,00

Ambroxol

Sirop 0,3%

' -- de 250 ml

