

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **cique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **ladie 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



Maladie

Dentaire

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 14.09 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MHAMDI MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 5, Rue KADI TASS Apt. N°6 JAARIE CASABLANCA

Tél. : 06.70.64.28.62 Total des frais engagés : 1391,60 Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JAWHARI JAMILI

Age: 59

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA + Bronchite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS

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.

11 MARS 2020

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 : CARAVELLE

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

#### **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
05.03.20	CK	1.	2000H	<i>ABBAJ BEN CHRI NOU Praticien général 66 Rue de la République 75011 Paris au 05.22.2007</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ANALITIQUE Dr. NABIL Docteur en Pharmacie 5, Rue de l'École 4000 Liège	05/03/2020	1191,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

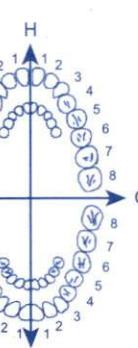
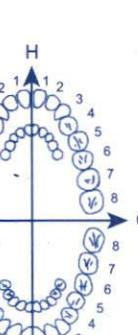
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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

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		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(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

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE

Expert assermentée près des tribunaux

الدكتورة الكباج لين التريف نفحة

خريجة كلية الطب بالرباط

الطب العام

خبيرة محلفة لدى المحاكم

Nom : JAWHARI JANILA

Casablanca, le : 05.03.2020

1) Coquiovent 150/125

134,30 x 3 = 402,90



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 150mg/12,5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 150mg/12,5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 150mg/12,5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
6 118001 081028

2) Kardegeic 160 mg

35,70 ↳ 8T a midi AV + resp



45,00 3) Cetecaphege ↳ cp 3 f 15 après rep.

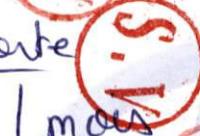


103,40 x 3 = 310,20

↳ cp 15



49,60 5) D-Cure forte ↳ amp 1 mois



138,30 x 2 = 276,60 ↳ dose 2 f 15



6) Doliprane

↳ cp 2 f 15 après rep.

7) Paraff

↳ cas 3 f 15

35,70 x 2 = 71,40 ↳ AF pizaz 0,5

↳ cp le sein

T = 1191,60

PHARMACIE DE LA MOSQUET  
Dr. NABIL  
en Pharmacie

P.P.V : 138,30 DH  
P.R.C : 122,30 DH  
P.T.C : 124,30 DH  
6 118001 161288

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
6 8001 081189

AUGMENTIN 32 Comprimés  
AMOXICLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
ADULTE

156 424 261

PHARMACIE DE LA MOSQUET  
Dr. NABIL  
16, Rue du Maârif

Dr. KABBAJ BEN CHRIEF Noufissa  
Médecine Générale  
66, Rue Hassan II  
Face au Maârif et l'Asanif  
Tel: 0522 25 28 07

Alprazolam

**Alpraz® 0,5 mg**

28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT 192014 1  
EXP 09 2022  
PPV 35.70

Alprazolam

**Alpraz® 0,5 mg**  
28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT 192014 1  
EXP 09 2022  
PPV 35.70

**SMB**

NNP  
asabalance. Maroc.

AROC

maroc  
o



00 000 UI

# CURE<sup>®</sup> FORTE

3 ampoules buvables

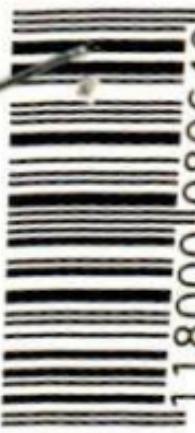
PPV: 49,60 DH

LOT: 19L076/8

EXP: 12/2022

**Glucophage® 850 mg**

60 Comprimés pelliculés

  
6 118000 080640

45,20



Merck Serono

TAHOR 20MG 28 CPS

P.P.V : 103DH40



6118000250807

Laboratoires  
S.A.

EXP:

10/2021

Lot:

CK864

SN:

--

TAHOR 20MG 28 CPS

P.P.V : 103DH40



6118000250807

Laboratoires  
S.A.  
pfizer

PC: 03400934306815

Emballage scellé. Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.



TAHOR®  
pelliculé

20 mg

PC: 03400934306815

EXP: 10/2021

Lot: CK8642

SN: --

TAHOR 20MG 28 CPS

P.P.V : 103DH40



6118000250807

Emballage scellé. Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

Laboratoires  
S.A.  
pfizer

PC: 03400934306815

EXP: 10/2021

Lot: CK8642

SN: --

Emballage scellé. Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.



TAHOR®  
comprimé pelliculé  
Atorvastatine

20 mg

**COA**  
irbesartan/hydro-

28 comprimés  
film-coated tablets

Lot/Batch

Fab./Mfg.

913

Pér./Exp.

**C** irbes

28

Lot/Batch

Fab./Mfg.

913

Pér./Exp.

**C** irbe

28

Lot/Batch

Fab./Mfg.

913

Pér./Exp.

PPV : 138,30 DH  
LOT : 612486  
PER : 02/21

PPV : 138,30 DH  
LOT : 612486  
PER : 02/21

AUGMENTIN

500 mg/62,50 mg  
32 comprimés pelliculés



ER LES D

6

118000 161288

Uniquement sur ordonnance

**AUGMENTIN**

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

500mg/62,50mg  
Comprimé

**ADULT**

**32 Comprimés = 1**

**MENTIN**

**ADULTE**