

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

## **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.

## **pharmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **ologie 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.

## **que :**

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

## **ducation :**

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.

## **aire :**

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.

## **adie 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



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- 0037548

ND: 28816

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 767 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LABDAH Med.

Date de naissance : 1941

Adresse : Hay EL ALIA Rue 3 N°28 El Oulfa Casablanca

Tél. : 06.65.32.84.66 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/02/2020

Nom et prénom du malade : LABDAH Khadija Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTA

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

Signature de l'adhérent(e) : .....  
ACCUEIL

ACCUEIL

# 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
26/05/20			100,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/05/20	100,00 - Cassebalance PHARMACIE SALAHEDDINE

## 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
		AM	PC	IM	IV	

# 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b>  <b>FIN D'EXECUTION</b>  <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DATE DU DEVIS</b>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b>

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX  
Diplômé de l'Université de Montpellier 1  
PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

خبر محلف لدى المحاكم  
خريج جامعة مونبليي 1  
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 16/05/16

~~CORPS IDIOPATHIQUE~~

~~26,90 x 3~~

- ~~odys 1uf~~



~~GVB~~

~~175 201~~

~~Amstel~~



~~160~~

~~23,80 x 3~~

- ~~NKandy~~



~~3 x 100,90~~

- ~~GVB~~

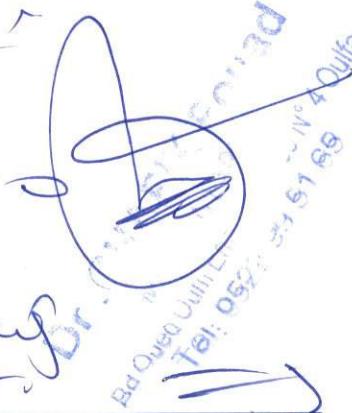


~~3 x 81,50~~

- ~~GVB~~



~~testement de Blug~~



113,30

10277

~~Dijkenk~~

15

**PHARMA SELAHEDDINE**  
SEL MA SASSOUNI  
Selaheddine Sébou  
Boulevard Casablanca  
Tél. 05 22 98 50 06 -  
756, boulevard Casablanca

# Fibrocard<sup>®</sup> 240 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

6 1 18001 070701  
  
Numéro de lot

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules



Voie Orale

LOT 18F29/A 2

EXP 06 2022

PPV 81.00 DH

# Fibrocard<sup>®</sup> 240 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

6 1 18001 070701  
  
Numéro de lot

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules



Voie Orale

LOT 18F29/A 2

EXP 06 2022

PPV 81.00 DH

# Fibrocard<sup>®</sup> 240 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

6 1 18001 070701  
  
Numéro de lot

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules



Voie Orale

LOT 18F29/A 2

EXP 06 2022

PPV 81.00 DH

# Fibrocard<sup>®</sup>

180  
mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 19C06 2  
EXP 03 2023  
PPV 100.00 DH

FIBROCARD 180 mg  
30 gélules

Réimboursable AMO

6 118001 070718



# Fibrocard<sup>®</sup>

180  
mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT

19C06 2

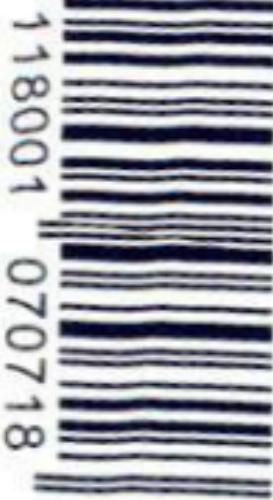
EXP

03 2023

PPV

100.00 DH

6



FIBROCARD 180 mg  
30 gélules

Réimboursable AMO

# Fibrocard<sup>®</sup>

180  
mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 19C06 2  
EXP 03 2023  
PPV 100.00 DH

FIBROCARD 180 mg  
30 gélules

Réimboursable AMO

6 118001 070718



دبيا كلين.

كرونة 500 مل

جهاز الدالبروديبك - فالبرون الصوديبيك  
عن طريق الفم  
30 مل معلقة قابلة  
للجزعنة دخميره معلقة

الزجاجة:

333



3 664 798 02 1905

Titulaire AMM/Détenteur DE  
الشركة الماملة لرخصة التسويق / سماحة بـ مطران التسجيل

sanofi-aventis France

82, avenue raspail  
94250 Gentilly - France

Fabricant /

SANOFI WINTHROP INDUSTRIE  
1, rue de la Vierge, Ambares et Lagrave  
33565 Carbon Blanc Cedex - France

Lot / Batch:

AA228

Fab. / Mfg.:

02 / 20

EXP.:

01 / 2023

5

118001

113,30 DH  
081073

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaa Casablanca  
Depakine chrono 500mg  
cp pel bce  
P.P.V : 113,30 DH

**Vertex<sup>®</sup> 160 mg**

6 118000 023156

28 Comprimés pelliculés sécables

Laboratoires SOTHEMA

AHM N° 25/16 DMap/21/NAP

LOT 200662 1  
EXP 03 2023  
PPV 175.20 DH

LOT 200662 1  
EXP 03 2023  
PPV 175.20 DH

LOT 200662 1  
EXP 03 2023  
PPV 175.20 DH

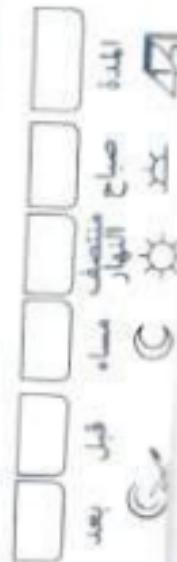
LOT ١٩٢٩٤١

EXP ١٢ ٢٠٢٢

PPV ٢٦ ٩٠

٢٦٩٠

أوفن  
كاباك



ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 1134/NNP

ambourable AMO



6 118000 022015



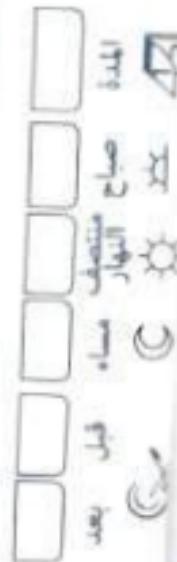
LOT ١٩٢٩٤١

EXP ١٢ ٢٠٢٢

PPV ٢٦ ٩٠

٢٦٩٠

أوفن  
كاباك



ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 1134/NNP

ambourable AMO



6 118000 022015



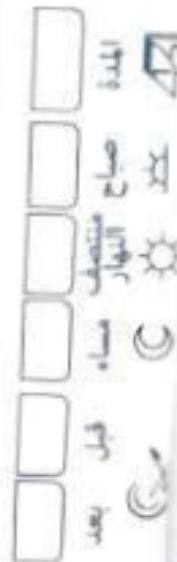
LOT ١٩٢٩٤١

EXP ١٢ ٢٠٢٢

PPV ٢٦ ٩٠

٢٦٩٠

أوفن  
كاباك



ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 1134/NNP

ambourable AMO



6 118000 022015



אָסְקַרְדִּיל

30

160 mg

אָסְקַרְדִּיל®

ASKARDIL<sup>®</sup> 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 230H80  
EXP 10/2021  
LOT 98016 4

אָסְקַרְדִּיל

30

160 mg

אָסְקַרְדִּיל®

ASKARDIL<sup>®</sup> 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 230H80

EXP 10/2021

LOT 98016 4

אָסְקַרְדִּיל

30

160 mg

אָסְקַרְדִּיל®

ASKARDIL<sup>®</sup> 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 230H80

EXP 10/2021

LOT 98016 4