

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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

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.

N° P19-

067091

ND: 29883

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e) 2831

Matricule : ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : ISASSI ZEHA

Date de naissance : 18/01/57

Adresse : 325 107 LA FAROUE

Tél. : 066 266 62 60

Total des frais engagés : 565,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : .....

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

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

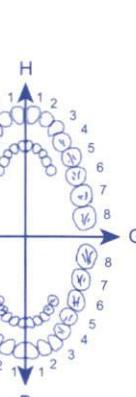
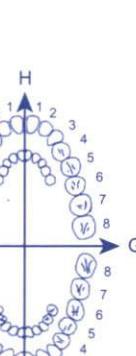
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
					Coefficient des travaux												
					Montants des soins												
					Début d'exécution												
					Fin d'exécution												
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; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
					Date du devis												
					Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

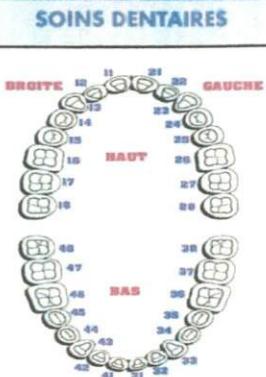
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

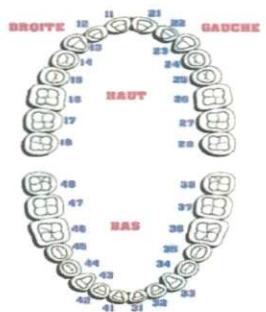
Veuillez fournir une facture

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



## O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



DROITE	10	11	21	GAUCHE
	12	13	22	
	14	15	23	
	16	17	24	
	18	19	25	
	20	21	26	
	22	23	27	
	24	25	28	
	26	27	29	
	28	29	30	
	30	31	32	
	32	33	34	
	34	35	36	
	36	37	38	
	38	39	39	
	40	41	41	
	42	43	42	
	44	45	43	
	46	47	44	
	48	49	45	
	50	51	46	
	52	53	47	
	54	55	48	
	56	57	49	
	58	59	50	
	60	61	51	
	62	63	52	
	64	65	53	
	66	67	54	
	68	69	55	
	70	71	56	
	72	73	57	
	74	75	58	
	76	77	59	
	78	79	60	
	80	81	61	
	82	83	62	
	84	85	63	
	86	87	64	
	88	89	65	
	90	91	66	
	92	93	67	
	94	95	68	
	96	97	69	
	98	99	70	
	100	101	71	

DROITE	10	11	21	GAUCHE
	12	13	22	
	14	15	23	
	16	17	24	
	18	19	25	
	20	21	26	
	22	23	27	
	24	25	28	
	26	27	29	
	28	29	30	
	30	31	32	
	32	33	34	
	34	35	36	
	36	37	38	
	38	39	39	
	40	41	41	
	42	43	42	
	44	45	43	
	46	47	44	
	48	49	45	
	50	51	46	
	52	53	47	
	54	55	48	
	56	57	49	
	58	59	50	
	60	61	51	
	62	63	52	
	64	65	53	
	66	67	54	
	68	69	55	
	70	71	56	
	72	73	57	
	74	75	58	
	76	77	59	
	78	79	60	
	80	81	61	
	82	83	62	
	84	85	63	
	86	87	64	
	88	89	65	
	90	91	66	
	92	93	67	
	94	95	68	
	96	97	69	
	98	99	70	
	100	101	71	

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

## Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

## Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

W18-390438

DATE DE DEPOT

...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 2831

Nom & Prénom KASSI N. FATHA

Fonction RETRAITEE Phones 0662410600

Mail

MEDECIN Prénom du patient negha KASSRT

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 08.06.2020

Nature de la maladie

Date 1ère visite

cole pathie fr

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

C	1	150,00
---	---	--------

PHARMACIE Date 08/06/2020

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOPHYSIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM	PC	IM	IV	565,20
----	----	----	----	--------

VOLET ADHERENT NOM : KASSI

Mle

DECLARATION N° W18-390438

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

Docteur Btissam RACHIDI



Médecine Générale

Ex Médecin attachée au CHU IBN Rochd  
et Hôpital My Youssef

Diplômée en échographie

Diplômée en gynécologie médicale

Diplômée en colposcopie

Suivi de grossesse

Diplômée en médecine du travail

ECG - Pose du sterilet

**Carbolax®**  
Transit et digestion  
لكاربولاكس  
لضم وامتصاص الطعام

  
3 401551 866249

الدكتورة ابتسام الراشيدي

الطب العام

طبيبة ملحة سابقاً بمستشفى ابن رشد

ومستشفى مولاي يوسف

دبلوم الفحص بالصدى

دبلوم في أمراض النساء

دبلوم فحص عنق الرحم بالمنظار

متابعة الحمل

دبلوم طب الشفط

تخطيط القلب - وضع اللولب

8.06.2020  
دار البيضاء في  
meghe KA88KT

79,10

carbolax 168 x 8

54,00

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
P.P.V: 54DH00  
nspatal sell  
sell x 8

09/ce

3  
meds long 8/14  
sell x 8

LOT : M0328  
PER : 07/2021  
PPV : 99,00 DH

تعزنة الدالية بوسكره المركب رقم 6

Station des taxis - Bouskoura Centre

Tél : 05 22 59 04 91 GSM bureau : 06 12 16 82 67





# Xatral® LP 10 mg

alfuzosine/alfuzosin

كن حذ  
اقرأ النشرة

9 2

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH



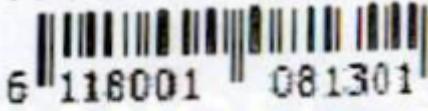
6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH



6 118001 081301

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH



6 118001 081301

XATRAL

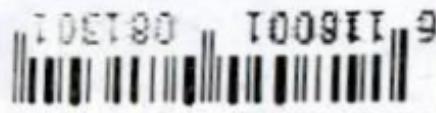
# Xatral® LP 10 mg

alfuzosine/alfuzosin

Voie or.

30 comp.

30 prolonged release tablets



PPV : 267,00 DH  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
Ain sebaâ Casablanca

Route de Rabat -R.P.1.  
Sanofi-aventis Maroc

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

XATRAL LP 10MG CPR B30

PPV : 267,00 DH



6 118001 081301



PPV : 267,00 DH  
XATRAL LP 10MG CPR B30

Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca

Sanofi-aventis Maroc

6 118001 081301

SANOFI

2

Zyloric

allopurinol

200 mg

28 comprimés

## Voie orale

31,39

11 2023  
→ 31.30





**Zyloric**

allopurinol

**200 mg**

**28 comprimés**  
Voie orale

31,30

1 0 1 1 1 1 2 0 2 3  
0 3 0 3 1 1 3 1 3 0  
R P V G

