

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## soins 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.

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.

## 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.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

|  |                                       |                                  |              |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|--------------|
| Matricule :                                | 6629                                  | Société :                        | RAM (35264)  |
| <input type="checkbox"/> Actif             | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |              |
| Nom & Prénom : EZZAKI MINA                 |                                       |                                  |              |
| Date de naissance :                        |                                       |                                  |              |
| Adresse : 29 Rue Moussafir<br>Neuviain ACA |                                       |                                  |              |
| Tél. :                                     | 06 13 43 94                           | Total des frais engagés :        | 14324300 Dhs |

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



28/07/2010

EZZAKI MINA

Age: 19

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection des chiennes

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 : ACA

Le : 28/07/2010

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/5/2023       | consultation      | 1                     | 300,00                          | Dr. Imane MOHAMMED<br>Psychiatre - Psychothérapeute - Aide sociale<br>10, rue Al-Moumen, 30000 Casablanca<br>Téléphone: 56 554 06 74 22<br>Email: imanemohammed30000@gmail.com |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 28/07/2020 | 143715                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 b

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                            |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|----------------------------|
|                 |                |                  |             | Coefficient<br>DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN<br>D'EXECUTION         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRE

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

### **(Création, remont, adjonction)**

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

**MONTANTS  
DES SOINS**

DATE DU  
DEVIS

## Diplômée en :

- \* Psychiatrie
- \* Addictologie
- \* Psychothérapie
- \* Thérapie cognitivo-comportementale

Ordonnance

## حازنة على دبلوم في :

\* الطب النفسي

\* علاج الإدمان

\* العلاج النفسي بالجلسات

\* العلاج السلوكي المعرفي

Casablanca , le : 28/07/2020.Nom : Mme Ezzakri Noura19DeroxatSV33,70x81 -

Dr. Imane El KANDIAGA  
Docteur en Psychiatrie  
Rue 1000, 1000  
Chaief - Casablanca  
0522-23-56-56

1

310,02 29 Valdoxan 25 g CP  
36,70 3/4 Zepam 6 g CP 0 - 0 - 1/2 en  
56,6x2 Stilnox CP SV cas de  
de besoin.

1437,50 0 - 0 - 1/2 (28)  
0 - 0 - 1/2 1/2 (28)  
0 - 1/2 1/2 (28)

tt de 2 mois / RPN 07/09/2020

شارع عبد المولمن، إقامة إبراج عبد المولمن، الطابق 3، رقم 12، الدار البيضاء (أمام محطة طرامواي عبد المولمن، فوق ديكاتلون) درب غلف

250, Bd Abdelmoumen, Resid. Abrajes Abdelmoumen , 3ème étage App N° 12 Casablanca

(En face de la station Tramway Abdelmoumen, L'immeuble de DECATHLON)

cabinet.dr.mohammadi@gmail.com Cabinet Dr Mohammadi 0522 - 23-56-56 0674-22-22-86



# Valdoxan® 25 mg

# فالدوكسان® 25 ملغ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



6118001130115

VALDOXAN 25 mg

Boîte de 28 comprimés

PPV 310.00 DH

Servier Maroc - Casablanca



MXGS0073

مختبرات سرفيريه - فرنسا

Les Laboratoires Servier - France



التصنيع: Fabricant :

Les Laboratoires Servier  
Industrie - 905, route de Saran  
45520 Gidy - France

Servier Maroc  
Immeuble ZEVACO  
Lottoissement FATH 4  
Route d'Azemmour - Casablanca



# Valdoxan® 25 mg

# فالدوكسان® 25 ملغ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



6118001130115

VALDOXAN 25 mg

Boîte de 28 comprimés

PPV 310.00 DH

Servier Maroc - Casablanca



MXGS0073

مختبرات سرفيريه - فرنسا

Les Laboratoires Servier - France



التصنيع: Fabricant :

Les Laboratoires Servier  
Industrie - 905, route de Saran  
45520 Gidy - France

Servier Maroc  
Immeuble ZEVACO  
Lottoissement FATH 4  
Route d'Azemmour - Casablanca

# ستيلنوكس®

10 ملغ

تارتات زوليبيدم

20 قرصا مغلفا قابلا للكسر  
عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

0  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 560H60



6 1180000 061465

LOT : 9MA034

PER.: 01 2023

تحذير: قبل الاستعمال.



Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.  
Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Km 10, Route côtière 111, Ql-Zenata,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

الدواء بالحرق  
الداخل ماء يدخل

# ستيلنوكس®

10 ملغ

تارتات زوليبيدم

20 قرصاً مغلفاً قابلاً للكسر  
عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

0  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 560H60

6 1180000 061465

LOT : 9MA034

PER.: 01 2023



Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.  
Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Km 10, Route côtière 111, Ql-Zenata,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

تحذير: قبل الاستعمال.

الدواء بالحرق  
الداخل ماء يندر

gsk

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable  
20 mg

14  
Comprimés Pelliculés  
Sécables

**DEROXAT**

Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable **20 mg**

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
99809 : AI  
6 118001 140237

14  
Comprimés Pelliculés  
Sécables

Médicament autorisé n° 3400933525385

gsk

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable  
20 mg

14  
Comprimés Pelliculés  
Sécables

**DEROXAT**

Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable **20 mg**

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
99809 : AI  
6 118001 140237

14  
Comprimés Pelliculés  
Sécables

Médicament autorisé n° 3400933525385

gsk

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable  
20 mg

14  
Comprimés Pelliculés  
Sécables

**DEROXAT**

Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable **20 mg**

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
99809 : AI  
6 118001 140237

14  
Comprimés Pelliculés  
Sécables

Médicament autorisé n° 3400933525385

gsk

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable  
20 mg

14  
Comprimés Pelliculés  
Sécables

**DEROXAT**

Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable **20 mg**

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
99809 : AI  
6 118001 140237

14  
Comprimés Pelliculés  
Sécables

Médicament autorisé n° 3400933525385

gsk

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable  
20 mg

14  
Comprimés Pelliculés  
Sécables

**DEROXAT**

Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable **20 mg**

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
99809 : AI  
6 118001 140237

14  
Comprimés Pelliculés  
Sécables

Médicament autorisé n° 3400933525385

gsk

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable  
20 mg

14  
Comprimés Pelliculés  
Sécables

**DEROXAT**

Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable **20 mg**

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
99809 : AI  
6 118001 140237

14  
Comprimés Pelliculés  
Sécables

Médicament autorisé n° 3400933525385