

# 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 caractére personnel.

148368

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6081 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAA SAA Aicha

Date de naissance : 15.06.1955

Adresse : 109- LOT AL FATH sidi Daïret

Casa blau ca

Tél. : 06 58 49 06 63 Total des frais engagés : 845,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/02/2023

Nom et prénom du malade : SAA SAA Aicha Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Cancer du sein

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : 07/02/2023 Le : 07/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : AS

## 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/02<br>2023   |                   | C2                    | 400 DH                          | <br><b>Centre Abou Maâcher</b><br>Béni Mellal<br>Bd Anouar, 20 Rue Abdellatif<br>Maâchar, 2ème étage<br>Casablanca - Maroc<br>Tel: 0522 204 354<br>INPE 091164541<br>D. ZOUBIR |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE AHMED AÏT SARAÏDJI</b><br><b>Sidi Maârouf - Casablanca</b><br><b>Tél./Fax : 05 22 97 32 16</b><br><b>GSM : 06 61 60 54 68</b> | 16/02/23 | 685,40                |

## **ANALYSES - RADIographies**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | 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 bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). The arch is centered on a vertical axis with directional markers: D (left), G (right), H (top), and B (bottom). The teeth are represented by circles with numbers, and the arch is shown in a perspective view.

## **(Création, remont, adjonction)**

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVUE

WIND-POWERED BIOPRACTITIONER APPRENTICE EXECUTION

# Centre du Sein Moulay Youssef

Traitement et chirurgie des maladies du sein



Docteur Zakaria HAFIANI

Lauréat des facultés de médecine Paris, Lyon, Grenoble et Tours (France)

Ex. Chirurgien des Hôpitaux et des Cliniques de France

Membre de la société Française de Sénologie

06/02/2011

M

SAASAA

Aïche

400 - 6 mal.

① Inexio

140,00 - 2

500 - 1 = 485,00

② Tauranac

140,00 - 1

500 - 1 = 485,00

③ Docivox sup

400 - 1 = 31,15,-

100 - 1 = 90,00

④ Calançyl 20

340,00 - 1 = 336,00

⑤



Centre Abou Maâchar, 20 rue Abou Maâchar 2<sup>ème</sup> étage (à côté de la clinique Internationale)

Casablanca - Maroc. Tél.: 0522 204 354 - GSM : 0668 6220918

E-mail : zhafiani@yahoo.fr



# INexium® 40 mg

ésoméprazole

إينكسيوم® 40 مغ

14  
comprimés  
gastro-  
résistants  
Par voie orale

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bneou al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg Cpr GR  
Boîte 14  
641/15DMP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH  
  
6 118001 020607

إزو ميرازول

14  
قرص صامد  
لحموضة المعدة  
عن طريق الفم

AstraZeneca 



# TAVANIC® 500 mg

lévofloxacine/levofloxacin

2 3

Voie orale/Oral use

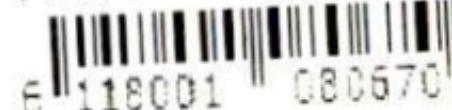
5

5 comprimés pelliculés sécables  
5 film-coated scored tablets

Sanofi-aventis Maroc

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

Tavanic 500mg cp pel b5  
P.P.V : 145,00 DH



E 118001 080670

SANOFI



# TAVANIC® 500 mg

*lévofloxacine/levofloxacin*

Voie orale/Oral use

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500Mg cp pel b5  
P.P.V : 145,00 DH



6 118001 080670

5 comprimés pelliculés sécables  
5 film-coated scored tablets

SANOFI 

# DociVox

# DociVox

**Sirop naturel  
sans conservateur**

**Sirop naturel  
sans conservateur**

**COMPOSITION :**

Sirop de fructose, miel naturel, maltodextrine, eau purifiée, Extrait de Propolis, Extrait aqueux de plantes obtenu à partir de feuille de Thym (Thymus vulgaris), feuille de Mauve (Malva sylvestris), Extrait de Mélèze, Huile essentielle d'eucalyptus, Extrait de rocou, caramel, Menthol.

**PRECAUTIONS D'EMPLOI :**

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche ou à l'un des constituants.
- Déconseillé chez la femme enceinte, allaitante et nourrisson.
- Tenir hors de la portée des enfants.
- Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai de 4 semaines.
- Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Un léger dépôt, dû aux caractères naturels des plantes, peut se produire mais ne nuit en rien à la qualité du produit.



**Laboratoires Deva Pharmaceutique**  
J.OUAIDI Pharmacien Responsable  
146-147, Zone Industrielle Tit Mellil - Casablanca

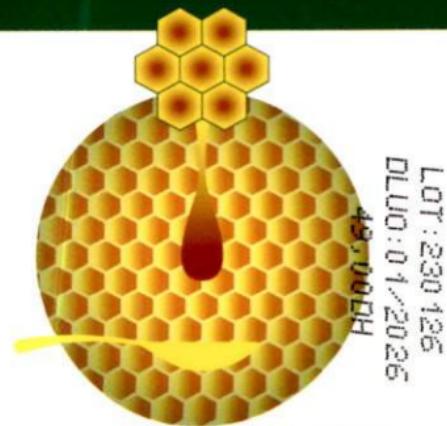
**125 ml**

**AUX EXTRAITS DE PROPOLIS  
ET DE PLANTES**

**(THYM-MAUVE-MELEZE)**

**Goût miel-menthe**

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles



**125 ml**

**Deva**

# Cortancyl 5 mg

**احذر من المضاعفات  
RESPECTER LES DOSES PREScrites**

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (الائحة I)

PER.05 2025

LOT : 22E004

CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80



## Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc.

Route de Rabat R.P.1, Ain Sébaâ, Casablanca.  
Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

## Nom et adresse du fabricant :

Maphar.

Boulevard ALKIMIA N°6 Qi-Sidi Bernoussi,  
Casablanca.