

# 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 rééducation.
- 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 : FIRAS BOUCHAID Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FIRAS BOUCHAID

Date de naissance : 31.07.1953

Adresse : RES. FIRDAOUS C15 1MM 83

CASA 1 PPT 1

Tél. : 06 76 92 81 98 Total des frais engagés : 600,40 Dhs

الخروف

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سعيد لدلي المحاجنة  
طبب مصلح، خبير لدى المحاجنة  
طريق مولاي التاجي الحسني  
مستشفي الدار البيضاء  
(فريب مولاي الحسني - الدار البيضاء)  
ماروك 097 56 90 97 66  
الهاتف 02 90 70 88

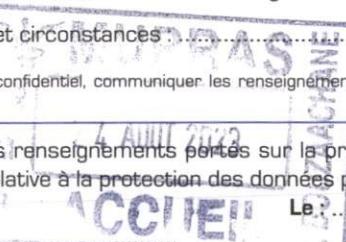
18 JUL 2023

Date de consultation : / / Nom et prénom du malade : FIRAS. Rabia. Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : 31 aechte - Hefas

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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>La Pharmacie de l'El Jadida</i> Docieur A. M. El Jadida Tél. 05.26.35.19.30	<i>18/07/23</i>	<i>600.70</i>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

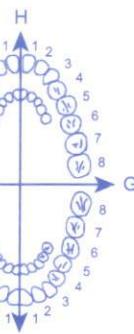
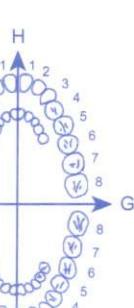
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 l'ODF.

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الخزولي

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف  
جعفر عبد المطلب

Casablanca, le : 18 JUIL 2023

الدار البيضاء، في

75

~~Pharmacie MODERNE~~  
LAHLOU Amal  
société en Pharmacie  
AV. Aly Ismail - El Jadida  
Tél: 05 28 35 19 30

7 Fr. 80 Casablanca, le : 18 JUIL 20  
n<sup>o</sup> 500  
Secteur 3

2000-17-04  
Rinsmuiden

3. ~~79.00 x 2~~ 150 x 38  
79.00 x 2 ~~79.00 x 38~~  
79.00 x 2 ~~79.00 x 38~~

4- 48,023 Lovinak 53 aene

3.10 May 2011

3- Relaxed  x 21st

Oct 32

91.32 75  
6. 1968 400 19f

7-6028 One hundred and twenty

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgza@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500

500mg/2

side

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V :53DH10  
PER :10 2024  
6 118000 060833

SANG

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V :53DH10  
PER :02 2026  
6 118000 060833

SANOFI

عن طريق الفم

AZCLE® 400 mg  
1 comprimé enrobage  
PROMOPHARM s.a.  
6 118000 240068

27/28

voie  
cutanée

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 45,00 DH  
ID: 64569  
6 118001 141548

voie  
cutanée

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 45,00 DH  
ID: 647536  
6 118001 141548

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 45,00 DH  
ID: 640417  
6 118001 141548

60/00

30 comprimés effervescents  
Oralred® 20 mg  
Pfizer

دارالرید ٢٠ مغ  
برید شرکت

74,180  
LUD : 12/2024  
PFR : 12/2024  
TIT : 2024/01/12

عليه

SEPCEN® 500 mg  
ciprofloxacin  
10 comprimés pelliculés  
6 118000 230182

بعض اجر

ت الصيدلة فارما 5  
لحلو فيلالي صيدلي مسؤول

مختبرات الصيدلة فارما 5  
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول

# Apixol®

Adultes

Solution buvable

Lot:

A consommer  
avant le:

PPC: 79,00 DH

230103  
01/2026



8 032578 477337

# Apixol®

Adultes

Solution buvable

Lot:

A consommer  
avant le:

PPC: 79,00 DH

230103  
01/2026



8 032578 477337