

## 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.<sup>3</sup>
- 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

N° W21-622456

174089

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>6400</b>	Société : <b>RACI</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ZADI Mohamed</b>			
Date de naissance : <b>09-05-64</b>			
Adresse : <b>10 RUE ATTELATI, RES. NASSIR</b>			
RACING CASA			
Tél. : <b>0664414925</b> Total des frais engagés : <b>1102,60</b> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<b>Dr. Z.CHRAIB</b> Service de Pneumologie Hôpital 20 Août 1953 Casablanca			
Date de consultation : <b>23</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Zadi Mohamed</b>			
Age : <b>55 ans</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Diabète</b>			
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 : **Casa** Signature de l'adhérent(e) : **ly**  
Le : **13/08/2023**

## **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
23/08/23	CS	G/H		NP : 109 000 000 4474 Dr. Z. CHRA Service de Pneumonie Hôpital 26 Aout 1989 C

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU RABAT ICE : 00083097600050 16, Avenue du Maroc Casablanca Tél : 0522 25 68 10 - Fax : 0522 48 22 02	23/8/23	102,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.



Hôpital sans tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le 23/10/2012

## ORDONNANCE

Docteur :

Zazi Mohammed

14000

- AND 850



1 cap x 08/11 pdt 03 mois

60,40 x 6

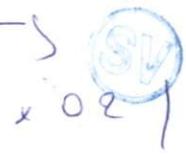
1 cap x 08/11



PHARMACIE DU PHARE  
ICE : 000830976000039  
16, Avenue du Phare - CASABLANCA  
Tél.: 0522 26 68 19 - Fax: 0522 48 22 02

- Amarel 2

1 cap



1 cap x 02/11 pdt 03 mois

259,50

- Accu - chek 50



189,90

- Tabor 40 → 1 cap / 1 pdt 01 mois

103,40 x 2 puis Tabor 20 → 1 cap / 1 pdt 02 mois

Dr. Z. CHRAIBI

Service de Pneumologie  
Hôpital 20 Août 1953 Casa



LOT : 4759  
PER : 11-25  
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 4759  
PER : 11-25  
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 4759  
PER : 11-25  
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 1552  
PER : 01 - 26  
P.P.V : 19 DH 00

LOT : ~~4759~~  
PER : 11-25  
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 8722  
UT. AV : 04-25  
P.P.V : 19 DH 00

PPV: 159DH90



20 mg

EXP : 09 2025 P.P.V

LOT N° : → 03 40  
GP 9256

103,40

UT. AV. : P.P.V

06 2025

LOT N° : 103 40

6 J 7747

103,40

6 118000 250807

TAHOR® 20mg  
28 comprimés pelliculés

09366138/3

# أماريل 2 مل

غليسبيبريد

30 قرصا

عن طريق الفم

Amarel 2mg

المقادير المعيارية  
RESPECTER LES DOSES

Uniquement sur ordonnance

وجب وصفة طبية - جدول A

LOT : 22E003  
PER.:08 2025

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V : 60DH40



LOT : 22E003  
PER.:08 2025

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V : 60DH40



AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V : 60DH40  
LOT : 21E00  
PER.:10 20;

LOT : 21E002  
PER.:07 2024

CP B30

P.P.V : 60DH40



LOT : 22E003  
PER.:08 2025

CP B30

P.P.V : 60DH40



LOT : 22E003  
PER.:08 2025

AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V : 60DH40



TEST STRIPS

50

Active  
ACCU-CHEK

PPC: 259.50 Dhs

10 26064041

2024-04-05

2022-07-06

UDI

