

# 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

- Reclamation : 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

M22- N° 001040

177874

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0497 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benni, Brahim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... 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 : HTA

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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
12/03/23	Cas		6	Dr. Moaad AOUZAN Spécialiste en Cardiologie et en Maladies VASCULAIRES Cérébrales et extracérébrales INPE : 101235661

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12.09.23	429.90

#### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

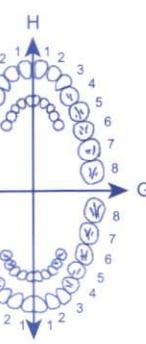
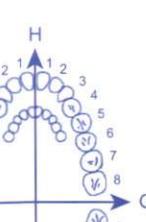
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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'ODD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
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;">H</td><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">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'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# المصحة الأوروبية للدار البيضاء

## CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL  
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation  
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

### Ordonnance

Casablanca, Le

le 12 aout 2023

M. Fadlallah El Jadida

50,70 x 3 Cedamol 2,5g. 1x1

92,60 x 3 Pratexal 1x1

880 35

429,90

~~Dr Moaad AGUEZNAI  
Cardiologue Spécialiste  
en cathéterisation Cardiaque  
INPE : 101235661~~



Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
 Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et  
 en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج  
دواء خاضع لوصفت أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites  
يجب تطبيق بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة ١ - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contrception efficace,
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا ينصح لدى:

- المرأة التي لا تستطيع من  
الإجهاض دون استعمال وسائل  
منع الحمل العقائدية.
- المرأة العاملة، إلا في حالة عدم  
وجود بديل ملائم.



Respecter les doses prescrites  
يجب التطبيق بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة ١ - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contrception efficace,
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا ينصح لدى:

- المرأة التي لا تستطيع من  
الإجهاض دون استعمال وسائل  
منع الحمل العقائدية.
- المرأة العاملة، إلا في حالة عدم  
وجود بديل ملائم.



يجب التطبيق بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة ١ - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contrception efficace,
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا ينصح لدى:

- المرأة التي لا تستطيع من  
الإجهاض دون استعمال وسائل  
منع الحمل العقائدية.
- المرأة العاملة، إلا في حالة عدم  
وجود بديل ملائم.



6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30

7862160246



6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30

7862160246



6 118001 100859



6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30

7862160246

PPV: 50,70 DHS

**Preterax**

Arginine 2,5 mg / 0,625 mg

Comprimés pelliculés  
Péridopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

**2.5**

92,60

**Preterax**

Arginine 2,5 mg / 0,625 mg

Comprimés pelliculés  
Péridopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

**2.5**

92,60

**Preterax®**

Arginine 2,5 mg / 0,625 mg

Comprimés pelliculés  
Péridopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

**2.5**

92,60

 SERVIER