

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-782054

1791X4



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0738	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHABAOUI AZIZA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 066.70.91.22	Total des frais engagés : 91 + 228	Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 31.5.13			
Nom et prénom du malade : M. CHABAOUI AZIZA			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : M			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : R ACCUEIL			
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 : OMA

- l'acte frontal -

Le : 09/10/2013

## 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
10/03/2012	Acte de psychiatrie	1	100	INP : 111-00000000 Signature : Mustapha SAKHO Date : 06/06/2012 N° : 61158109

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/08/2022	228,80 DH

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		$  \begin{array}{r}  H \\  \begin{array}{r l}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array} \\  B  \end{array}  $ <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

# مصحة المغرب

## CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

دكتور مصطفى  
Dr. MUSTAPHA SALIH  
Psychiatre Psychothérapeute  
Tél.: 06 00 62 67 20  
INPE: 61188108

Casablanca, le .....

08/07/09

298,80 DH

٢٩٨,٨٠

Bono snark

othman

101,00

1 Relax



1 00223 614

D

1 Fahrin

290,-

PHARMACIE DES STADES ٢٩٠  
50, Rue Al Fouad - Casablanca  
Tél.: 05 22 33 49 25  
INPE: 61188108  
IF: 00435042

29,5

1 Driss son

1 00223 611

98,30

1 Aghymel 32

1 00223 616

دكتور مصطفى  
Dr. MUSTAPHA SALIH  
Psychiatre Psychothérapeute  
Tél.: 06 00 62 67 20  
INPE: 61188108

1/2

1 Mrs. Camus

# ATHYMIL® 30 mg

Chlorhydrate de miansérine

20 Comprimés pelliculés sécables  
Voie Orale

1/2

AMM N° 569R1/18 DMP/21/NRQ

A conserver à une température ne  
dépassant pas 25 °C  
Tenir hors de la portée et de la vue  
des enfants.

LOT 230362  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

# تيميستا® 2,5 ملغ

لورازيبام



30 قرص قابل للكسر

عن طريق الفم

## Témesta® 2,5 mg

Lorazépam

احترموا الجرعات الموصوفة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

يصرف فقط بمحض وصفة طبية - لائحة I

TEMESTA 2,5 MG  
CP SEC B3

P.P.V : 29DH50

6 118000 011576

LOT : 22E005  
PER.: 09 2024



# VELAXOR® LP

Venlafaxine

75 mg



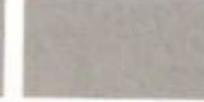
30 gélules à  
libération prolongée

Voie Orale

# VELAXOR® LP

Venlafaxine

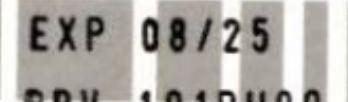
75 mg



LOT 1209703

EXP 08/25

PPV 101DH00



30 gélules à  
libération prolongée

Voie Orale

VELAXOR® LP 75 mg  
30 gélules à libération prolongée

