

# 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 à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9711	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BIADEN SAID			
Date de naissance : 4/12/1962			
Adresse : 13/03/1962			
Tél. : _____	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<b>Dr. JAMAI Mohamed</b> <b>NEURO - PSYCHIATRE</b> <b>PSYCHOTHERAPEUTE</b> 201, Rue Mustapha El Maâni - Casablanca Tél: 05 22 27 57 85 / 05 22 22 18 73			
Date de consultation : 01/09/2023			
Nom et prénom du malade : Mr BIADEN SAID Age: _____			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : _____			
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				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/09/2013 Consultation		100,00		INP : 091078772 <i>DR. JAMAÏ Mohamed NEUROPSYCHIATRE PSYCHOTHERAPEUTE 201, Rue Mostapha El Maani - Casablanca Tél: 05 22 27 57 85 / 05 22 27 57 86</i>
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture		
<i>J. MACHAR</i>	01/09/2013	3.55,90		
ANALYSES / RADIOPHARMACIES				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D —————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**Docteur Mohamed Jamai**

**NEURO - PSYCHIATRE**

**Psychothérapeute**

**Diplômé de la Faculté de Médecine**

**de Bordeaux**

**الدكتور محمد الجامعي**

**اختصاصي في الأمراض العقلية**

**والعصبية**

**معالج نفسي**

**خريج كلية الطب ببوردو**

Casablanca le .....

01/09/2023

الدار البيضاء في

Mr Biftek Saïd

**PHARMACIE PRINCIPALE**  
Mohamed Saïd LEBBAR  
Pharmacien

Rond Point Mers Soltan 20000 Casablanca  
Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884  
CNSS : 1187641 - F. 58905362 - Patente N° : 3430256  
ICE N° : 00189777100045  
INPE : 092049261



10/02/2023

36150

Mr Aubert



(79.80 x 4) Velcro 37

755150

**Dr. JAMAI Mohamed**

**NEURO - PSYCHIATRE**

**PSYCHOTHÉRAPEUTE**

201, Rue Mustapha El Maâni - Casablanca  
Tél : 212 522 275 785 - 212 522 221 873 - Fax: 212 522 276 351

201، زنقة مصطفى المعاني - الدار البيضاء - المغرب

201, Rue Mustapha El Maâni - Casablanca - Maroc

Tél. : 212 522 275 785 - 212 522 221 873 - Fax: 212 522 276 351

E-mail : cabinetjamaimohamed@gmail.com

# VELAXOR® LP

Venlafaxine

**37,50 mg**



30 gélules à  
libération prolongée

Voie Orale

# VELAXOR® LP

Venlafaxine

**37,50 mg**

LOT 1209706

EXP 09/25

PPV 79DH80

VELAXOR® LP 37,50 mg  
30 gélules à libération prolongée



# VELAXOR® LP

Venlafaxine

**37,50 mg**



30 gélules à  
libération prolongée

Voie Orale

# VELAXOR® LP

Venlafaxine

**37,50 mg**

LOT 1209706

EXP 09/25

PPV 79DH80

VELAXOR® LP 37,50 mg  
30 gélules à libération prolongée



# VELAXOR® LP

Venlafaxine

**37,50 mg**



30 gélules à  
libération prolongée

Voie Orale

# VELAXOR® LP

Venlafaxine

**37,50 mg**

LOT 1209706

EXP 09/25

PPV 79DH80

VELAXOR® LP 37,50 mg  
30 gélules à libération prolongée



# VELAXOR® LP

Venlafaxine

**37,50 mg**



30 gélules à  
libération prolongée

Voie Orale

# VELAXOR® LP

Venlafaxine

**37,50 mg**

LOT 1209706

EXP 09/25

PPV 79DH80

VELAXOR® LP 37,50 mg  
30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

LOT 230845  
EXP 05/2025  
PPV 36.70DH

عن طريق الفم



الطباطبائي  
SPMAGD MAROC

أنксиول®  
برومازيبام  
من 9



ANXIOL® 6 mg

30 comprimés quadrisécables

30 قرصاً قابلاً  
للكسر على أرباع

ANXIOL®  
Bromazepam

30 Comprimés  
quadrisécables