

# 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.

**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

Maladie

Dentaire

Optique

*Couvert*

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **6138**

Société : **Royal Air MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

**RETRAITE**

Nom & Prénom : **SENHAJI CHAHID ABDELLAH**

Date de naissance : **01/01/1958**

Adresse : **32, Rue Rabat BEN AHMED**

Tél. : **0668 56 54 92**

Total des frais engagés : **185304 Dhs**

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **/ /**

Nom et prénom du malade : **ZEMMOURI ZOHRA** Age : **1966**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **DIABETE**

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 : **DANGER**

Le : **30/11/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **30/11/2023**

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-031437

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie de la place de France Mme TRESNIKOFF Place de France - TANGER INPE : 162048375	30/11/2023	505,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G
	D	00000000	00000000	B
	G	00000000	00000000	
	A	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	C	00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
	E	00000000	00000000	
	F	00000000	00000000	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	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			



PHARMACIE PASTEUR

### **3, Place de France -TANGER-**

R.C : Patente:50413621  
T.V.A :81322320  
Banque:ATTIJARI BANK  
Tél :0539932422

Le 30/11/2023

**FACTURE N°1010774**

N° ICE : 001750882000009

N° IF : 81322320

ZEMMOURI ZOHRA

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	JANUMET 50-1000MG / 56CP	437,00	437,00		
1	AMAREL 4MG B30	68,80	68,80		

*Pharmacie Pasteur  
 Mme TBENCHIBOUN  
 3 Place de l'ancien GANGER  
 INPE : 162048375*

### TOTAL T.T.C :

505,80

*Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinq Cent Cinq Dirhams et 80 centimes*



# Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

أقراص مغلفة;

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليپتين / ميتفورمين هايدروكلورايد

Merck Sharp & Dohme B.V  
Waarderweg 39  
2031 BN Haarlem  
Pays-Bas



e - Liste 1  
بصريح  
ionnance

Maroc

# Amarel®

glimépiride/glimepiride



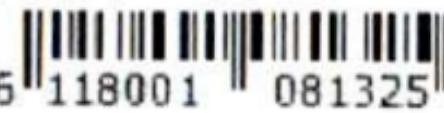
Voie orale/oral use

**30** Comprimés/tablets

**4 mg**

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.



**SANOFI**