

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-594830

198948

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8526

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

DR JOUE CI

LOTFI

Nom & Prénom :

13106165

Date de naissance :

Adresse : 47 RUE TIRAM MOUSSLIY JASIS

Tél. :

0661396306

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SENTISSI Mohamed Re  
Chirurgien Urologiste  
Tél.: 05 22 36 97 85  
INPE: 091185884

Date de consultation :

09/03/24

Nom et prénom du malade :

DR MOHAMED RE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DR MOHAMED RE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

DR MOHAMED RE

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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.

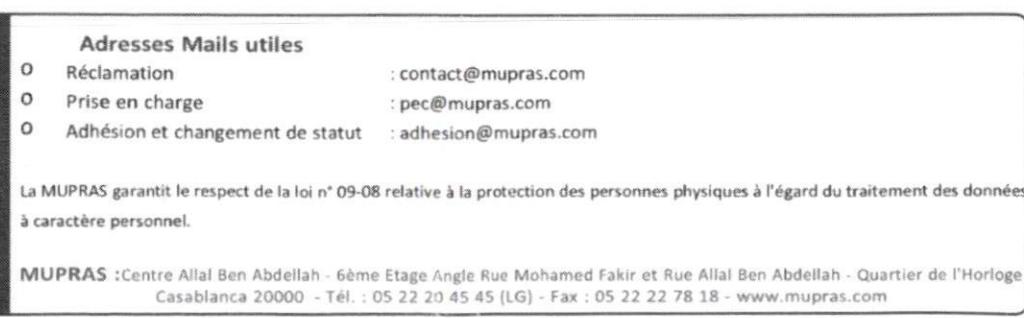
Fait à :

Le : 09/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

DR MOHAMED RE

Dr. SENTISSI Mohamed Re  
Chirurgien Urologue  
Tél: 05 22 36 97 85  
INPE: 091185884



### 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
09/03/24	G	G	INP : [REDACTED] Dr. SENTISSI Mohamed Chirurgien Urologue Tél.: 06 22 36 97 85 INPE: 091185880	[Signature]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur DABI	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL DABI 9, Rue des Bouvreuils Oasis Casablanca Télé: 09 00 01 10 [Signature]	09/03/24	600,90

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[Dentition diagram]				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR

Mohamed Reda SENTISSI  
Chirurgien Urologue - Andrologue



الدكتور

محمد رضا السنطسي  
جراح المسالك البولية و التناسلية

Ordonnance

Casablanca le : 09/03/2016 الدار البيضاء في .....

Mr MLIQUECH Lotfi.

- Seréotide 500..



338,-<sup>00</sup> A buffico x 21 ₣

PHARMACIE ABOUDABI  
9.Rue des Bouvreuils Oasis  
Casablanca  
Tel: 0522 99 64 10

- Novozéclar 500.



163,-<sup>00</sup> Ag 1 ₣ pdr 3 i  
elphipred



40,-<sup>00</sup> 3 gr le retin pdr 5 i



59,-<sup>50</sup> ENROLEX 81.

600,-<sup>90</sup> A Ca x 21 ₣ ief i

Dr SENTISSI Mohamed Re  
Chirurgien Urologue  
Tel: 0522 36 97 85  
091185884

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00  
EXP 06/2026  
LOT 32011 13

# SERETIDE

propionate de fluticasone/  
salméterol

Diskus

# 500

/50 microgrammes  
microgrammes  
par dose

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat

PPV: 338,00 DH

• ID: 652788



118001 141111

Voie inhalée

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

# نرويكس®

الكلبتوس، البروبوليس،  
إيناسيا

شراب معالج للسعال  
بالمكونات الطبيعية

بدون سكر  
بدون كحول

LOT 104799/FC34  
04/2025 PPC 59.50



Ramo  
Pharm

**MONOZECLAR®**

**500 mg** Clarithromycine

10 comprimés pelliculés à libération modifiée

**مونوزيلار**  
كلاريثروميسين 500 ملجم



**Abbott**

Titulaire de l'AMM au Maroc /  
ملك ترخيص التسويق في المغرب  
**Laboratoires Maphar**  
Km 10, route côtière 111  
Quartier industriel  
Zenata-Ain Sebaâ  
MAROC  
المصنع /  
Fabricant /  
**Abbvie SRL**  
Strada Regionale 148 pontina KM 52 SNC,  
Campoverde, Aprilia (LT)  
I-04011, Italy No. 00M299

..... Comprimé(s) par jour en 1 prise pendant ..... jours.  
Traitement débuté le .....  
..... قرص (أقراص) في اليوم للتناول نفعية واحدة خلال ..... أيام.

