

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19-0031194

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1324 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JANATI LATIFA

Date de naissance : 23/12/1951

Adresse : 9 Rue Sibiss Al Akbar Apt 6. Tove HASSAD RABAT

Tél. : 06 61 13 36 36 Total des frais engagés : 1054 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. FASSI FEHRI Majid**  
Rhumatologue - Podologue  
17, Rue My Ahmed Loukili - Rabat  
Tél: 0537 76 05 98

Date de consultation : 19/06/2020 INPE:101064129

Nom et prénom du malade : JANATI LATIFA Age : 69 Ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Plus cholesterol

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 : Rabat Le : 19/06/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie Nº P19-031194

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 : 1324

Nom de l'adhérent(e) : JANATI LATIFA

Total des frais engagés : 1161,62 Dhs

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
19 JUIN 2011	CS	1	0	Dr. DASSIFI BIRIMALIDE Rhumatologue 17, Rue M. Ahmed Loukil - Rabat Tél. 0537 76 05 98 INPE:101064129

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Ben Omar N° du Chellah, Hassan-Rabat 05 37 76 99 30 102071263	10/06/20	1161,60

**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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VIOLET 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 :**

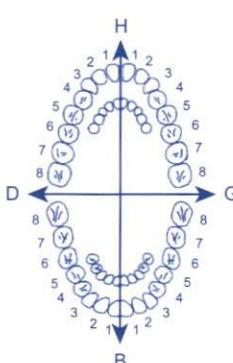
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'explorations.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DR. FASSI FEHRI Majida**

Diplômée de la faculté de médecine de PARIS

RHEUMATOLOGUE  
MEDECIN PODOLOGUE

MEDECIN EXPERT ASSERMENTE  
AUPRES DES TRIBUNAUX

الدكتورة الفاسي الفهري مجيدة

خريجة كلية الطب بباريس

مختصة في أمراض الروماتيزم  
ومختصة في أمراض الارج

خبيرة محللة لدى المحاكم

Rabat, le :

19 JUIN 2020

الرباط، في :

Bennacer Jawati  
datifs

19360

X6 Fosowance 5600

1161160 Icf / see : ee respecter  
les precautions d'usage

6 mois



Dr. FASSI FEHRI Majida  
Rhumatologue - Podologue  
17, Rue My Ahmed Loukili - Babat  
Tél: 05 37 76 05 98  
INPE: 101064129

17, Rue Moulay Ahmed Loukili 17، زنقة مولاي أحمد الوكيلي

Tél. : 0537 76 05 98 & 0537 76 75 87 الهاتف :



70058199/00-1  
AMM 294/17/DMP/21/NIQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

# FOSAVANCE®

70 mg/5 600 UI

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

**Hebdomadaire.**

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du sucre. Voir la notice pour plus d'informations.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Titulaire de l'AMM:

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



70058199/00-1  
AMM 294/17/DMP/21/NIQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

# FOSAVANCE®

70 mg/5 600 UI

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

**Hebdomadaire.**

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du sucre. Voir la notice pour plus d'informations.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Titulaire de l'AMM:

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



70058199/00-1  
AMM 294/17/DMP/21/NIQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

# FOSAVANCE®

70 mg/5 600 UI

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

**Hebdomadaire.**

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du sucre. Voir la notice pour plus d'informations.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Titulaire de l'AMM:

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



70058199/00-1  
AMM 294/17/DMP/21/NIQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

# FOSAVANCE®

70 mg/5 600 UI

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

**Hebdomadaire.**

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du sucre. Voir la notice pour plus d'informations.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Titulaire de l'AMM:

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



70058199/00-1  
AMM 294/17/DMP/21/NIQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

# FOSAVANCE®

70 mg/5 600 UI

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

**Hebdomadaire.**

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du sucre. Voir la notice pour plus d'informations.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Titulaire de l'AMM:

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



70058199/00-1  
AMM 294/17/DMP/21/NIQ



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

# FOSAVANCE®

70 mg/5 600 UI

comprimés

Acide alendronique/colécalciférol



Voie orale.

4 comprimés

**Hebdomadaire.**

Lire la notice avant utilisation.

Chaque comprimé contient également du lactose et du sucre. Voir la notice pour plus d'informations.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Titulaire de l'AMM:

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