

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-555229

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-555229

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 :



# RELEVÉ 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
22/09/2012	SC	1	30000	INP: 10 009901

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/09/2012	1394,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="0"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. SAID BENOMAR**  
**Cardiologue**

SPÉCIALISTE EN PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

EX ATTACHÉ

- SERVICE DE CARDIOLOGIE A

"CHU AVICENNE RABAT"

- LIGUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE  
LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

الدكتور سعيد بن عمر  
أخصائي في أمراض  
القلب والشرابين

ملحق سابق

بمصلحة أمراض القلب و الشرايين

مستشفى ابن سينا الرباط

Rabat le : 22-09-2020

7 Jannal Eddine  
7 MAR Red A

35,20x3

- Cardifio 160 10 l. m. ch.

99,10x3

- Epls 20 ul. m.

41,80x3

- Atorvastatin 20 mg x 3/

138,10x3

- Aspirin 60 ul. m.

150,10x3

- Vastarel 35 mg x 2/

Dr. Benomar

T-1394,7

Dr. SAID BENOMAR  
CARDIOLOGUE  
3, Rue Sahel El Aaj  
App. N° 3 - Rabat  
Tél : 0537 72 56 91 - GSM : 06 61 66 58 18  
INPE : 101099901

Adresse : 3, Rue Sahel El Aaj Appartement 3 - Diour jamaa - Rabat

Tél/Fax : 05 37 72 56 91 - GSM : 06 61 66 58 18 - Email : saidbenomar2000@gmail.com

138, 00

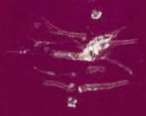
# Redip<sup>®</sup> 40 mg

Simvastatine

VOIE ORALE  
30 comprimés pelliculés



TECHNIMED GROUP



Titulaire de l'AMM :

**ATLAS PHARM**

Quartier Industriel de Berrechid,  
Route principale numéro 7, Rue C  
Maroc

Fabricant :

**AFRIC PHAR**

Route Régionale Casablanca/Mohammedia  
N° 322, Km 12.400 - Aïn Harrouda 28630  
Casablanca - Maroc

**Atlas**  
**Pharm**  
GRUPO TECNIMEDI

**Redip<sup>®</sup> 40 mg**

30 Comprimés pelliculés



6 118000 420309

138, 00

# Redip<sup>®</sup> 40 mg

Simvastatine

VOIE ORALE  
30 comprimés pelliculés



TECHNIMÉDE GROUP



Titulaire de l'AMM :

**ATLAS PHARM**

Quartier Industriel de Berrechid,  
Route principale numéro 7, Rue C  
Maroc

Fabricant :

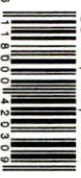
**AFRIC PHAR**

Route Régionale Casablanca/Mohammedia  
N° 322, Km 12.400 - Aïn Harrouda 28630  
Casablanca - Maroc

**Atlas**  
**Pharm**  
GRUPO TECNIMEDI

**Redip<sup>®</sup> 40 mg**

30 Comprimés pelliculés



6 118000 420309



138, 00

# Redip<sup>®</sup> 40 mg

Simvastatine

VOIE ORALE  
30 comprimés pelliculés



TECHNIMÉDE GROUP



Titulaire de l'AMM :

**ATLAS PHARM**

Quartier Industriel de Berrechid,  
Route principale numéro 7, Rue C  
Maroc

Fabricant :

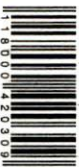
**AFRIC PHAR**

Route Régionale Casablanca/Mohammedia  
N° 322, Km 12.400 - Aïn Harrouda 28630  
Casablanca - Maroc

**Atlas**  
**Pharm**  
GRUPO TECNIMEDI

**Redip<sup>®</sup> 40 mg**

30 Comprimés pelliculés



6 118000 420309

LOT 190816  
EXP 01/2022  
PPV 99.00DH

OEDES 20mg

28 gélules



6 118001 100088

**OEDES<sup>®</sup>**  
oméprazole



**20**  
mg

Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR

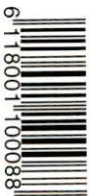


**COOPER**  
PHARMA

LOT 190816  
EXP 01/2022  
PPV 99.00DH

OEDES 20mg

28 gélules



6 118001 100088

**OEDES<sup>®</sup>**  
oméprazole



**20**  
mg

Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR



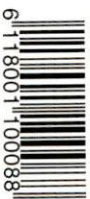
**COOPER**  
PHARMA



LOT 190816  
EXP 01/2022  
PPV 99.00DH

OEDES 20mg

28 gélules



OEDES®  
oméprazole



20 mg  
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x

	<input type="checkbox"/>
DURÉE	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MATIN	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MIDI	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>

**COOPER**  
PHARMA

04/05/15

**VASTAREL® 35 mg**  
Dichlorhydrate de trimétazidine

Comprimés pelliculés à Libération **M**odifiée

أحرموا الجرعات المزدوجة

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

لا تصرف إلا بوجوب وصفة طبية  
Liste I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
Imm. ZEVAO, Lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

**VASTAREL® 35 mg**

Dichlorhydrate de trimétazidine

60 Comprimés pelliculés



04/05/15

**VASTAREL® 35 mg**  
Dichlorhydrate de trimétazidine

Comprimés pelliculés à Libération **M**odifiée

أحرموا الجرعات المزدوجة

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

تنبه! لا تصرف إلا بوجوب وصفة طبية  
Liste I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVAO, Lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca



60 Comprimés pelliculés

Dichlorhydrate de trimétazidine

**VASTAREL® 35 mg**



04/05/15

**VASTAREL® 35 mg**  
Dichlorhydrate de trimétazidine

Comprimés pelliculés à Libération **M**odifiée

أحرموا الجرعات المزدوجة

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

تنبه! لا تصرف إلا بوجوب وصفة طبية  
Liste I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVAO, Lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca



60 Comprimés pelliculés

Dichlorhydrate de trimétazidine

**VASTAREL® 35 mg**







50 comprimés sécables

**AVLOCARDYL® 40 mg**

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



40 mg

PROPRANOLOL

**AVLOCARDYL®**

08,44



50 comprimés sécables

**AVLOCARDYL® 40 mg**

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



40 mg

PROPRANOLOL

**AVLOCARDYL®**

08,44



50 comprimés sécables

**AVLOCARDYL® 40 mg**

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



40 mg

PROPRANOLOL

**AVLOCARDYL®**

08,44

علية 30 كيس - جرعة

مسحوق للحلول الشربة

أستيل ساليسيلات د.ل. ليستين

بم 160

كارديجيك®

**KARDEGIC®**  
**160mg**

*Acétylsalicylate de DL-Lysine*

Poudre pour solution  
buvable

30 sachets-dose

LOT : 19E004  
PER.: 04 2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70





علية 30 كيس - جرعة

مسحوق للحلول الشربة

أستيل ساليسيلات د.ل. ليستين

بم 160

كارديجيك®

**KARDEGIC®**  
**160mg**

*Acétylsalicylate de DL-Lysine*

Poudre pour solution  
buvable

30 sachets-dose

LOT : 19E004  
PER.: 04 2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



علية 30 كيس - جرعة

مسحوق للحلول الشربة

أستيل ساليسيلات د.ل. ليستين

بملا 160

كارديجيك®

**KARDEGIC®**  
**160mg**

*Acétylsalicylate de DL-Lysine*

Poudre pour solution  
buvable

30 sachets-dose

LOT : 19E004  
PER.: 04 2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70

