

# 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

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

*Coupan N°*

*NB = 20770*

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0020765**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 248

Société :

*Mupras (RAM)*

Autre : retraite

Date de naissance : 01/07/1936

Nom & Prénom : BAITOU BOUJEMAA

Adresse : HAY EL RAHJANE 440 DOUAR LASKAR

Tél. : 0661 25 83 74 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. MOHIB Khadija**

Cardiologue  
113, Av. Abdellah EL Khattabi  
Imme EL Mouradisso Guéliz  
Marrakech - Tel : 05 24 43 00 79

Date de consultation : 28/01/2020

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie

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 : Marrakech

Signature de l'adhérent(e) : BAITOU BOUJEMAA

Le : 28/01/2020

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie N° P19- 0020765

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/01/2020	2200,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	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

**Docteur Khadija MOHIB**  
*Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux - Echo Doppler Cardiaque  
et Vasculaire - Holter*

الدكتورة خديجة موهب  
إختصاصية في أمراض القلب والشرايين  
وارتفاع الضغط الدموي  
الفحص بالصدى و الهولتزر

Me BAIJOUN Marrakech, le : 28/11/2020 مراكش ٢٠٢٠

Reg. people 1150 x 4

3) trivolt sup 15  
30,70 x 4

4) Kandip 163,20 x 4

5) Siderp. 15300 x 4

6) Fareg 800 x 4

92,60 x 4

7) Inox 1000 x 4

2200,00

SYNTHEMEDIC  
22 rue soulier bleu al ouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Boute 14  
640/50MP/21/NRQ P.P.V : 92,60 DH

8 118001 020591

MOHIB Khadija  
Médecine El Khattabi  
43 00 79

S.V S.V

**SYNTHEMEDIC** O  
22 rue zoubair benou al aquam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

20 mg  
Bolte 14

640H50MP721NRQ F.P.V.: 92,60 DH

3 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnoou al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Bottle 14

9 118001 020621

110001 020591 11

**SYNTHEMEDIC**   
22 rue zoubair bnei al acouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**

20 mg Cpr GR.  
Boîte 14

64075DMP/21NRQ P.P.V: 92,60 DH

6 " 118001 " 020591 "

113، شارع عبد الكرييم الخطابي عمارة المهندز جناب بـ شقة رقم 2 الطابق الاول (قرب اسيما) . جلiz - مراكش  
113, Av. Abdelkrim El Khattabi, Rés. El Mohandiz Bloc B, Appt. 2, 1<sup>re</sup> Etage, (à côté d'Asima) Guéliz - Marrakech  
هاتف /fax : 06 68 40 04 48 - المحمول : 05 24 43 00 79 - Tél/Fax : 05 24 43 00 79

هاتف /fax : 06 68 40 04 48 - المحمول : 05 24 43 00 79

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V :30DH70  
PER.:04 2020

LOT :8MMA043  
PER :06 2020

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V :30DH70  
PER.:10 2020

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V :30DH70  
PER.:10 2020

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V :30DH70  
PER.:10 2020

6 118000 061847

LISTE II (TABLEAU C) : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

20 mg

LISTE II (TABLEAU C) : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

20 mg

RESPÉCITER LES DOSES PRÉSCRITES

20 mg

LISTE II (TABLEAU C) : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

20 mg

RESPÉCITER LES DOSES PRÉSCRITES

20 mg

LISTE II (TABLEAU C) : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

20 mg

RESPÉCITER LES DOSES PRÉSCRITES

20 mg

TRIVASTAT 50 mg LP

6 118000 100287

30 Comprimés entiers

à libération progressive

TRIVASTAT 50 mg LP

6 118000 100287

30 Comprimés entiers

à libération progressive

TRIVASTAT 50 mg LP

6 118000 100287

30 Comprimés entiers

à libération progressive

TRIVASTAT 50 mg LP

6 118000 100287

30 Comprimés entiers

à libération progressive

TRIVASTAT 50 mg LP

6 118000 100287

30 Comprimés entiers

à libération progressive

SERVIER MAROC

SERVIER

SERVIER MAROC

SERVIER

SERVIER MAROC

SERVIER

SERVIER MAROC

SERVIER

**COTAREG®**

Valsartan  
Hydrochlorothiazide

**80 mg/12,5 mg**

EXP: 10 2021  
LOT: TV511

**comprimés pelliculés**

 NOVARTIS

**COTAREG®**

Valsartan  
Hydrochlorothiazide

**80 mg/12,5 mg**

EXP: 10 2021  
LOT: TV511

**comprimés pelliculés**

6 118001 030125  
COTAREG 80/12.5 mg  
28 comprimés pelliculés

PPV: 153.00 DH

**COTAREG®**

Valsartan  
Hydrochlorothiazide

**80 mg/12,5 mg**

EXP: 10 2021  
LOT: TV511

**comprimés pelliculés**

 NOVARTIS

**COTAREG®**

Valsartan  
Hydrochlorothiazide

**80 mg/12,5 mg**

EXP: 07 2021  
LOT: TU415

**comprimés pelliculés**

 NOVARTIS

28 comprimés pelliculés  
Voie orale.

# SERDEP® 20 mg

fluoxétine

LOT: 08419006

PER: 09/2022

PPU: 163,20 DH

# SERDEP® 20 mg

fluoxétine

LOT: 08418012

PER: 11-2021

PPU: 163,20 DH

Boîte de 28 gélules

Voie

سيربيب® 20 مغ  
فلوكسيتين

SERDEP® 20 mg

28 gélules



# SERDEP®

fluoxétine

20 mg

LOT: 08419004

PER: 04-2022

PPU: 163,20 DH

Boîte de 28 gélules  
Voie orale