

# 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.

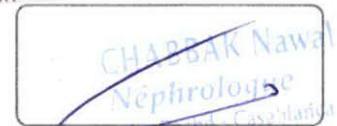
## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

N° W19-473928

ND: 29538

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>4161</b>	Société : <b>R.A.M.</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>H. LILA HAKIMA</b>			
Date de naissance : <b>11/11/1963</b>			
Adresse : <b>179 Bd BRAHIM Roudani, IN L N°20</b>			
Tél. : <b>066.1178656</b> Total des frais engagés :			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : <b>18/06/2020</b>	
Nom et prénom du malade : <b>H. LILA HAKIMA</b> Age: <b>57</b>	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comptant	
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>22 JUIN, 2020</b>	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at: médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASABLANCA**

Le : **18/06/2020**

Signature de l'adhérent(e) :





# 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
				INP : 090005042 CHABBAK Nawal Nephrologue Hôpital Rochd - Casablanca C.G.

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE BAYT AL FATH</i> 6 Rue Bayt Al Fath Quartier Beausite Am Sabra Casablanca Tél: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 624 02 E-mail: atiaaf@yahoo.com	18/06/2020	2395,10

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

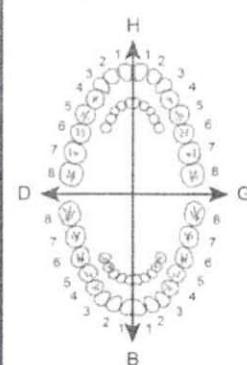
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

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

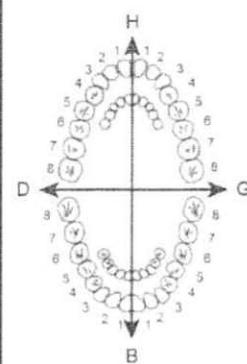
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	



**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Hôpital sans Tabac  
 Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
 التدخين يقتل

Casablanca, le : 16/06/2012

## ORDONNANCE

Docteur : .....

HLila

Ma Kina

صيادلة ابن رشد  
 PHARMACIE DAVID AL FATH  
 106 Ras. Bay Al Fath Quartier Boussida  
 Ain Sefra Casablanca  
 Tel: 05 22 34 47 33 Fax: 05 22 624 02  
 E-mail : aliaaf@yahoo.com

3X 1 - cortancyl 5g.  
 22.80

4X 2 - Cardensiel 1cp / J (Traitement 3 mois)  
 54.10

2X 3 - Diamicet 1cp / J 2.5 g.  
 89.00

1X 4 - vit C 1000 1cp / J  
 27.70

4X 5 - Levofly 500 1cp / J 50  
 13.40

3X

6 - Cardis Aspirine

2770

100  
i.s.

5

4X

7 - Janumet

100

50/100

437,00 X 4

0 - 1 - 1

100  
i.s.

traitent de 3 nts

2395,90

70027234/010414-1



6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

Dr. CHABBAK N.  
Néphrologist  
CHU. ibn Rochd - Casablanca

22,80



70027234/010414-1



6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
de acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

54,30

70027234/010414-1



6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

89,00

70027234/010414-1



6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

22,80

Vita C1000®

PPV 27DH70

EXP 01/2023  
LOT 9D060 1

é particulière pendant le traitement  
tiale réservée aux spécialistes en cardiologie et

دواء خالص لمراقبة خاصة آلة العلاج  
دواء خالص لوصف أولي خص للمختصين في أمراض القلب والطب



6 118001 100859



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

7862160238

6 "118001" 100873 "



6 118001 100873

**Cardensiel® 5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

7862160238

6 "118001" 100859 "



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

7862160238

1 CP

MATIN

1/2 CP

A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



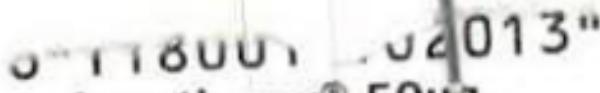
6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336