

# 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

- 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° P19- 056415

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENCHEIKH WAHIB  
Date de naissance : 26-08-1955  
Adresse : Résidence Ibn Rochd, Rue Soussan  
Moult. CASABLANCA  
Tél : 0661 18 11 27 00 00 Total des frais engagés : 1141,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/06/2020  
Nom et prénom du malade : BENCHEIKH WAHIB Age : 64 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HCA - DI2 - GOUTES  
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 : Casablanca

Le : 22/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
01/06/20				Dr. Zahidi Hatim Annine Service de Cardiologie CHU Ibn Rachid

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
01/06/2020		Madame BAHATTA Pharmacie Al Barak Rue Sidi M'Elmoud Casablanca - Tél: 0522 25 22 09

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

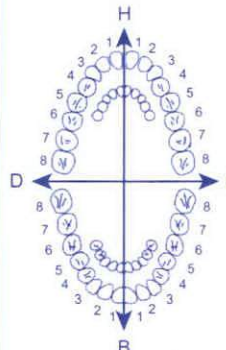
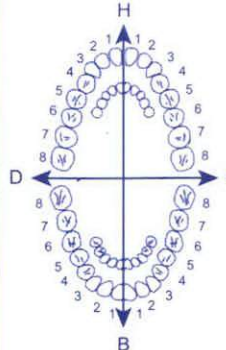
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية  
وزارة الصحة

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 14/04/2017

## ORDONNANCE

Docteur : Boucharh Wahid

$$(84,80 \times 3) = 254,40$$

1/ Inza Roy 18/7 pot 3 us

$$(162,60 \times 2) = 325,20$$

2/ Inza Roy 18/7 pot 3 us

$$(28 \times 4) = 112,00$$

3/ Inza Roy 18/7 pot 3 us

$$(30,10 \times 3) = 92,10$$

4/ Inza Roy 18/7 pot 3 us

$$(179,00 \times 2) = 358,00$$

5/ Inza Roy 18/7 pot 3 us

$$(114,10 \times 2) = 228,20$$

6/ Inza Roy 18/7 pot 3 us

$$(114,10 \times 2) = 228,20$$

7/ Inza Roy 18/7 pot 3 us

$$(114,10 \times 2) = 228,20$$

8/ Inza Roy 18/7 pot 3 us

$$(114,10 \times 2) = 228,20$$

9/ Inza Roy 18/7 pot 3 us

LOT: 20E010  
PER: 11 2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70



LOT: 20E009  
PER: 07 2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70



LOT: 20E010  
PER: 11 2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70



CLINICAL  
2011-2012  
CLINICAL TRIALS



30 بر شامة مدينة التحرير  
عن طريق الفم

فيلاكسور<sup>®</sup> LP

فيلافاكسين

75 ملغ

LOT N° : 1909391  
EXP : 09/2022  
PPV : 179DH00

500789 c



30 بر شامة مدينة التحرير  
عن طريق الفم

فيلاكسور<sup>®</sup> LP

فيلافاكسين

75 ملغ

LOT N° : 1909391  
EXP : 09/2022  
PPV : 179DH00

500789 c



# NEBILET<sup>®</sup>

nebivolol 5 mg

\* VIGNETTE

**NEBILET<sup>®</sup> 5mg**  
28 comprimés ○  
PPV 162DH60

## Composition, indications et posologie:

Voir notice à l'intérieur.

A conserver entre 15 et 30° C.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Excipient à effet notoire: lactose.

A demander l'avis du médecin ou du pharmacien ou de consulter un médecin en cas de problème lié à l'utilisation du produit.

91507A  
02.2019  
02.2022



Lot n.°  
Du.  
Pér.

AMM N° 318/18 DMP/21/NRQ

NE PAS DEPASSER LA DOSE PRESCRITE

Uniquement sur ordonnance médicale liste 1

# NEBILET<sup>®</sup>

nebivolol 5 mg

R00742

V127589/01  
2311

# NEBILET<sup>®</sup>

nebivolol 5 mg

\* VIGNETTE

**NEBILET<sup>®</sup> 5mg**  
28 comprimés ○  
PPV 162DH60

## Composition, indications et posologie:

Voir notice à l'intérieur.

A conserver entre 15 et 30° C.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Excipient à effet notoire: lactose.

A demander l'avis du médecin ou du pharmacien ou de consulter un médecin en cas de problème lié à l'utilisation du produit.

91507A  
02.2019  
02.2022



Lot n.°  
Du.  
Pér.

AMM N° 318/18 DMP/21/NRQ

NE PAS DEPASSER LA DOSE PRESCRITE

Uniquement sur ordonnance médicale liste 1

# NEBILET<sup>®</sup>

nebivolol 5 mg

R00742

V127589/01  
2311



**Glucophage** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate



Voie orale

30 Comprimés pelliculés

Merck Serono

LOT 200408  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH

**Glucophage** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate



Voie orale

30 Comprimés pelliculés

Merck Serono

LOT 200408  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH

**Glucophage** 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate



Voie orale

30 Comprimés pelliculés

Merck Serono

LOT 200408  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH



# PREZAR<sup>®</sup>

50 mg

Losartan



PPV 840180  
PER 11/22  
LOT 12586

84,180

**b**

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**30**

Comprimés  
pelliculés  
sécables

Voie orale







# PREZAR<sup>®</sup>

50 mg

Losartan



PPV 840180  
PER 11/22  
LOT 12586

84,180

**b**

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**30**

Comprimés  
pelliculés  
sécables

Voie orale





# PREZAR<sup>®</sup>

50 mg

Losartan



PPV 840180  
PER 11/22  
LOT 12586

84,180

**b**

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**30**

Comprimés  
pelliculés  
sécables

Voie orale

