

# 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.

## macie :

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 actière 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- 0043870

56663

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07067 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AGUERME NAIMA

Date de naissance : 09/01/65

Adresse : Résidence Nadia ImFayoum

.....  
Casab.

Tél. : 066.54.62677 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabetologe

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 06/11/2013

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/12/2020      | 6                 | 36000                 |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 16/12/2020 | 40120                 |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 canalaire, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |  |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br>MONTANTS DES SOINS<br>DEBUT D'EXECUTION<br>FIN D'EXECUTION<br>COEFFICIENT DES TRAVAUX<br>MONTANTS DES SOINS<br>DATE DU DEVIS<br>DATE DE L'EXECUTION |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

| H                                |                                  | G |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| 25533412<br>00000000<br>35533411 | 21433552<br>00000000<br>11433553 |   |
| D                                |                                  | G |
| 00000000                         | 00000000                         |   |

[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

Spécialiste des Maladies de la peau,  
des Ongles et du cuir chevelu  
Cosmétologie - Chirurgie de la peau  
Laser

إختصاصي في أمراض الجلد  
والأظافر والشعر - الأمراض التناصية  
طب التجميل - جراحة الجلد

Casablanca le 16.12.2020

### ORDONNANCE

Nejmeh Aguerri

56,60 Dr. Aguerri AJ  
1'S n 1 m x 2 m

49,60 x 2 Dr. Aguerri AJ  
cue fréte (2)  
2 sup / 15,0 x 3 m

44,20 Dr. fel 50  
1'S 1 m Dr. Abderrahim RABBAO 3')  
Pharmacie RESIDENCE NADIA  
Centre Commercial Nadia  
Tél: 05 22 23 72 69 05 22 23 25 55  
sej x 24

120,40 Cloraleu 1 g Dr. Aguerri  
160 ml x 21)  
x 16,

52,80 Dr. Aguerri 20g (1)

16 x 2 Dr. Aguerri 100g (2)  
40,120 140' x 20

24 شارع إدريس الحارثي مولاي رشيد I (فوق صيدلية مولاي رشيد) - الدار البيضاء

24, Avenue Driss El Harti. Mly Rachid1 (au dessus de la phamacie Mly Rachid)  
Casablanca - Tél : 05 22 72 26 27 - Gsm : 06 66 82 66 29

Diprostene®

DES ENFANTS  
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE

Lire la notice avant utilisation.

suspension injectable en seringue pré-remplie



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Diprostene® suspension injectable  
en seringue pré-remplie

DIPROSTENE® + GROSSEUR

= DANGER



Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'autre alternative  
thérapeutique

611 800115 013 7  
DIPROSTENE 1 Seringue  
P.P.V : 56,60 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

O



30 comprimés

Voie orale

# DIFAL®

*diclofénac sodique*

50 mg

ANTALGIQUE  
ANTI-INFLAMMATOIRE

**COMPOSITION :**

AMM N° : 296/17DMP/21/NRQ

Diclofénac sodique ..... 50 mg

Excipients q.s.p ..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 30 comprimés enrobés gastro-résistants.

Cette boîte contient 1,5 g de diclofénac sodique.

Dr. Maria MAFTOUH - Pharmacien Responsable

مختبرات غالينيكا - مرضي أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

G GALENICA

# DIFAL®

Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349

PPV: 49,50 DH  
LOT: 19E15/B  
EXP: 05/2022

3 ampoules buvables

# D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI

Vitamine D3



Importé par :



Les laboratoires ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.

AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



PPV: 49,50 DH  
LOT: 19E15/B  
EXP: 05/2022

3 ampoules buvables

# D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI

Vitamine D3



Importé par :



Les laboratoires ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.

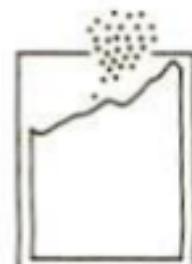
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP





Poudre pour suspension  
buvable en sachet

**1G /125 mg**



AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE  
**CLAVULIN®**

**CLAVULIN®**  
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

**1G /125 mg**



..... sachet(s) ..... fois par  
jour à prendre de préférence  
au début des repas, pendant  
..... jours.

**Uniquement sur ordonnance**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 120.40 DH  
LOT : 559521  
PER : 08/19



Clavulin® est une marque déposée des sociétés  
du Groupe GlaxoSmithKline.

LOT 161535  
EXP 02/2019  
PPV

COOPER PHARMA

PPV : 52,80 DH

# OEDES®

oméprazole



20 mg  
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x



COOPER  
PHARMA

# Doliprane®

1000 mg  
PARACÉTAMOL



ADULTE  
10 Comprimés

COMPRIMÉ

bottU s.a.  
02, Allée des Cévennes - Alin Séché - Cestals  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV: 14DH00

PER: 09/20

LOT: G1883



# Doliprane®

1000 mg  
PARACÉTAMOL



ADULTE  
10 Comprimés

COMPRIMÉ

bottU s.a.  
02, Allée des Cévennes - Alin Séché - Cestals  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV: 14DH00

PER: 09/20

LOT: G1883

