

## 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 |

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° W19-425357

59756

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	07943	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Zahr
Nom & Prénom : Benjelloun			
Date de naissance : 20/07/1960			
Adresse : 113 Rue EL Faouzat Tafif			
Tél. : 0661425656	Total des frais engagés : 2928,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Docteur TAGNAOUTT Brahim            Médecine Générale            70, Rue de Normandie Maârif            Casablanca 20227         </div>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Benjelloun Zahra Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : HTA + infection urinaire			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/02/2021

### 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
15/02/2021	2	01	100,00	INP : 35710165 Docteur TAGMOUZI Brahim Médecine Générale Tunisie

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BIR ANZARANE MINISTERE DE LA SANTE 34, Bir Anzaran Tunisie Tel: 02-25-3-93 - CASS 5000	15/02/2021	2728,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

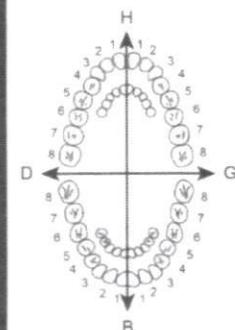
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

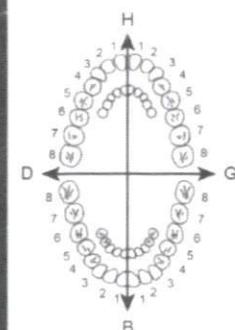
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession

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


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Tibéral® 500 mg

10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

LOT : 20055 PER : 03/2025  
PPV : 48,50 DH

AXIMYCINE® 24 comprimés dispersibles

PPV 960 480

LOT 90067 2  
EXP 11/2021

PPV:  
EXP:  
Lot N°

47100

6 118000 060215



30 Comprimés  
TRIATEC® Protect® 10mg



A conserver à une température  
inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A  
/ جزء / قسم اول، جدول اول

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
Respecter les doses prescrites

Ramipril  
TRIATEC® Protect® 10mg

00176



6 118000 060215



30 Comprimés  
TRIATEC® Protect® 10mg



A conserver à une température  
inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A  
/ جزء / قسم اول، جدول اول

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
Respecter les doses prescrites

Ramipril  
TRIATEC® Protect® 10mg

00176



 20 comprimés

Nauselium®  
10 mg

Voie orale



20 comprimés  
Voie orale

# Nauselium®

Dompéridone

LOT : 2903  
UT. AV : 08-23  
P.P.V : 29 DH 00

10 mg

LABORATOIRES  
**PHARMA5**  
S. S. S. S. S.

የ፩፻፲፭ ዓ.ም. 20 ቀን ዘመን



(መጠኑ ገዢ)

የተዘጋጀውን ይህንን ይጠናል?

ZINASKIN®

PPV 40DH90

EXP 11/2023

LOT 0N039 28

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

احترم الجرعات الموصى بها



6 118001 040353

Pradaxa 110 mg

Dabigatran Etexilate Mésilate  
Boîte de 60 Gélules

BOTTU S.A.

PPV : 1026,00 DH

30438-02

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

احترم الجرعات الموصى بها



6 118001 040353

Pradaxa 110 mg

Dabigatran Etexilate Mésilate  
Boîte de 60 Gélules

BOTTU S.A.

PPV : 1026,00 DH

303438-02