

## 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6884	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Bonyllouin Benjamen Aissa			
Date de naissance : 02/04/1958			
Adresse :			
Tél. :	0661086153	Total des frais engagés :	503,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2010

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 09/03/2021	
Nom et prénom du malade : Bonyllouin Benjamen Age : 67	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Bénefice d'un traitement	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/04/2021



W21-620524

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
2013-04-01	CH	-	70000	INP : 019918019 Signature du Médecin

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LANJAJMA Nadia ZEMMAMA du Phare. Résidence Tighazout lanca - Tel : 05 22 20 28 07	29-03-21	303,70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>									
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>									
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>									
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>									
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
	<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
	<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

**Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat



الدكتورة القباج ابن الشريف نفيسة

خريجة كلية الطب بالرباط

**MEDECINE GENERALE**

Expert Assermentée Prés des Tribunaux

الطب العام

خبيرة محلفة لدى المحاكم

Nom : BENJELLOUN Tantti Bassa

Casablanca, le : 29.3.2024

99,00

1) Aclav 1g SV  
15 ml - et se - at do

38,90

2) Hefazat SV  
29 Il - se - ar cada

58,40

3) Ephifed 20 SV  
29 Il - se - ar el 150

40,30

4) Xanax 0,75 SV  
1/29 und M -

5) Brandamed

105 3 fl. 1T at op

53,10

6) Relaxol 500  
109 3 fl. 1T ar el

14,00

7) D cl free SV  
303,70 10 und M -

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10  
6 118000 060833

PHARMACIE LAHJA JAMA  
Nadia ZEMRANI  
Av. de la Phare, Résidence Témahou  
Casablanca - Tel.: 05 22 20 28 67

Dr. N. BENJELLOUN  
Tantti Bassa  
Espace Majorelle  
Casablanca - Tél.: 05 22 25 28 07

11. فضاء ماجوري، زنقة أبو حيان التوحيدي، الطابق الخامس رقم 9 (قرب كارفور دو ليفر) - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 28 07

11. Espace Majorelle rue Abou Hayane Attaouhidi, 5<sup>ème</sup> étage N° 9 (Proche Carrefour du Livre)

Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 25 28 07

LOT 190130  
EXP 01/2022  
PPV 40.30DH

---

Xanax®

Comprimé sécable

كزاناكس®

قرص قابل للكسر

---

ملغ 0,50 mg

alprazolam

ألبرازوالألام

Boite de 30  
comprimés sécables

علبة من فئة 30  
قرصا قابلا للكسر

Pfizer

# ACLAV®

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

*Poudre pour  
suspension buvable  
en sachet*

**1g / 125 mg**

Antibiotique  
Voie orale

**LOT : 6703**

**PER : 11-21**

**P.P.V : 99DH00**

Boîte de 12 sachets

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

أَكْلَاف®  
amoексисلين + حامض كلاغيلانيك

**1 غ / 125 مغ**

existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre pharmacien ou votre infirmier.

# Doliprane®

## 1000 mg

PARACÉTAMOL

Doliprane 1000 mg  
PARACÉTAMOL

ADULTE  
10 Comprimés



bottu s.a. COMPRIMÉS

COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés



bottu s.a.  
102, Allée des Cteauhais - Ain Séba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00  
PER: 09/22  
LOT: I1930

### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

**VOIE ORALE.** Les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

### POSÉOLOGIE

1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses et sur avis médical, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour.

**Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.**

**TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS**

Lire attentivement la notice avant utilisation.

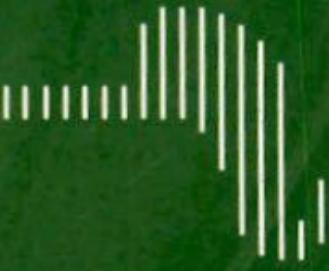
**Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.**

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ

# HEPANAT®

le dieci erbe

Le régulateur naturel du transit gastro-intestinal



20 comprimés

ESNAPHARM  
Laboratoire



حبات ٢٠ قرص

A consommer de préférence avant fin :

Lot n°

39,80 DH  
Lot: W051D  
Per: 02-2023



6 111255 870202

