

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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](http://www.mupras.com)

76608

Déclaration de Maladie : N° P19-0018587

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03212 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GHAYATA OURIAGHIA Date de naissance :

19 10 81

Adresse :

JAMAL-ÉGYPTE Tél. : 0612764300 Total des frais engagés : 1652.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

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 : TANANIT

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/10/2021

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ARABI Av. Prince Henri 155 Angle Omar Ben HAFS Tél: 94.6619.14.00	07/05/21	1.652,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

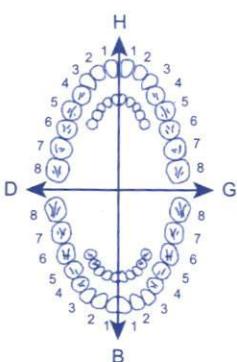
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE AL FARABI

av. prince heritier -165' - tanger

DR.MOHAMMED SAID RAKEB SOUSSI

R.C :22644

Patente:50423576

T.V.A :

C.N.S.S:2118918

Tél :0539946619/fax-0

Le 07/05/2021

## FACTURE N°44

N° ICE : 001683845000085

GHYAYA OURIAGHLI JAMAL

N° IF : 81363520

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	EXFORGE 10/160/25MG/ HTC	310,00	930,00		
				S.V.	

**PHARMACIE AL FARABI**  
Av. Prince Heritier 165  
( Angle Omal Ben Khatab )  
Tél : 94.66.19  
TANGER

**TOTAL T.T.C :**

**930,00**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Neuf Cent Trente Dirhams.



# PHARMACIE AL FARABI

av. prince heritier.-165 - tanger

DR.MOHAMMED SAID RAKEB SOUSSI

R.C :22644

Patente:50423576

T.V.A :

C.N.S.S:2118918

Tél : 0539946619/fax-0

Le 08/04/2021

## FACTURE N°45

N° ICE : 001683845000085

GHYAYA OURIAGHLI JAMAL

N° IF : 81363520

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	EXFORGE 10/160/25MG/ HTC	361,00	722,00		
<p style="text-align: center;"><i>PHARMACIE AL FARABI Av. Prince Heritier 165 (Angle Omar Ben Khattab) Tel : 94.00.10 TANGER</i></p>					

**TOTAL T.T.C :**

**722,00**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Sept Cent Vingt Deux Dirhams.

A conserver à une température ambiante (15-25°C).  
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine,  
à l'abri de l'humidité.

Tenir hors de la portée des enfants.

Voir la notice pour plus d'informations

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية).

يحفظ في علبته الأصلية بعيداً عن

الرطوبة و متناول الأطفال

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء



6118001030903

**EXFORGE HCT**

**10mg/160mg/25mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH



Titulaire d'AMM au Maroc: صاحب الرخصة

Novartis Pharma Maroc S.A. 82, Bd Chefchaouni. Q.I Ain Sebâa 20590 Casablanca -Maroc.

Fabriqué par

Novartis Farmaceutica S.A

15808210 Barberà del Valles, Barcelone, Espagne

Novartis Pharma Stein AG

Schaffhauserstrasse CH-4332 Stein-Suisse

صنع من طرف

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS**

Tableau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

A conserver à une température ambiante (15-25°C).  
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine,  
à l'abri de l'humidité.

Tenir hors de la portée des enfants.

Voir la notice pour plus d'informations

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية).

يحفظ في علبته الأصلية بعيداً عن

الرطوبة و متناول الأطفال

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء



6118001030903

**EXFORGE HCT**

**10mg/160mg/25mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH



Titulaire d'AMM au Maroc: صاحب الرخصة

Novartis Pharma Maroc S.A. 82, Bd Chefchaouni. Q.I Ain Sebâa 20590 Casablanca -Maroc.

Fabriqué par

Novartis Farmaceutica S.A

15808210 Barberà del Valles, Barcelone, Espagne

Novartis Pharma Stein AG

Schaffhauserstrasse CH-4332 Stein-Suisse

صنع من طرف

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS**

Tableau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

~~EXFORGE~~ HCT®

Comprimés pelliculés

10mg/160mg/25mg

HCT فورج  
أكس مغلفة  
أقراص مغلفة

Amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide  
أملوديبين/فالسارتان/هيدروكلوروثيازيد

28 comprimés pelliculés  
Voie Orale

28 قرصا مغلفا  
عن طريق الفم

 NOVARTIS

PPV : 310,00 DH

 NOVARTIS

~~EXFORGE~~ HCT®

Comprimés pelliculés

10mg/160mg/25mg

HCT فورج  
أكس مغلفة  
أقراص مغلفة

Amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide  
أملوديبين/فالسارتان/هيدروكلوروثيازيد

28 comprimés pelliculés  
Voie Orale

28 قرصا مغلفا  
عن طريق الفم

 NOVARTIS

PPV : 310,00 DH

 NOVARTIS

~~EXFORGE~~ HCT®

Comprimés pelliculés

10mg/160mg/25mg

HCT فورج  
أكس مغلفة  
أقراص مغلفة

Amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide  
أملوديبين/فالسارتان/هيدروكلوروثيازيد

28 comprimés pelliculés  
Voie Orale

28 قرصا مغلفا  
عن طريق الفم

 NOVARTIS

PPV : 310,00 DH

 NOVARTIS