

# 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.

WDO : № W19-599370  
F6942  
Laennier

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1043</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionnée	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>ZAHOURI MOHAMED</u>
Nom & Prénom :			
Date de naissance : <u>01/06/57</u>			
Adresse : <u>11 Rue Ibn Haytham 19 Etage App n°3</u>			
Tél. : <u>0529044325</u> Total des frais engagés : <u>980,60</u>			
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>DR. ZINE FILALI KAWTAR</b>            Médecin Spécialiste            En Hématologie Clinique            Hôpital Cheikh Zaid - RABAT            INPE 101245567         </div>			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <u>27/01/21</u>			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <u>LLC</u>			
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 : Rabat

Le : 22/10/21

Signature de l'adhérent(e) :

Geen

## 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
07/01/2014	C			<p>INP : <u>ZINE FILALI KANTAR</u>          DR. ZINE FILALI KANTAR          Médecin Spécialiste          En Hématologie Clinique          Hôpital Cheikh Zaid RABAT          INPE 101245587</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/05/21	980.60

## **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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	<b>C</b>
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



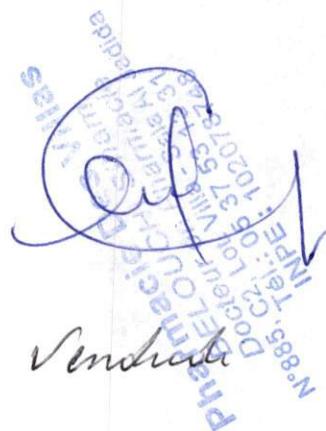
Docteur

Rabat, le 27/10/2021

INPE 10124587  
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat  
En Hematoologie Clinique  
Dr. ZINE FILALI KARIM  
Médecin Spécialiste

Lahouari Mohamed

~~28900 x 3~~  
~~867,00~~  
1) Tefovin 1g



~~2060 x 2~~  
~~4120~~  
2) cotrim 1g x 30sum  
Lunsh - Vendredi

~~2620 x 2~~  
~~5240~~  
3) Acfel 1g x 30sum  
Lunsh - Jeudi - Samedi

05. 3 mois

INPE 10124587  
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat  
En Hematoologie Clinique  
Dr. ZINE FILALI KARIM  
Médecin Spécialiste

# CO-TRIM®

## Sulfaméthoxazole - Triméthoprime

Boîte de 20 comprimés  
Box of 20 tablets

CO-TRIM®  
20 comprimés



6 118000 030171

### FORMULE - FORMULA

Sulfaméthoxazole ..... 0,400 g  
Triméthoprime ..... 0,080 g  
Excipient(s): ..... 1 comprimé  
Cette boîte contient 8 g de Sulfaméthoxazole et 1,6 g de Triméthoprime.  
This box contains 8 g of Sulfamethoxazole and 1,6 g of Trimethoprim.

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS

کو-تریم®

سلفا میتیک سیاڑول - تریمیتیک بیم

علبة بـ 20 قرصاً  
لابروفان ۲۰

CO-TRIM® 20 comprimés

PPV 300H60

EXP 12/2023  
LOT 9N014 2

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI: Voir notice  
DOSAGE AND ADMINISTRATION: See insert.

AMM N° 22 DMP/21

www.lapropharm.com  
لابروفان - ۲۱ - زنگنه - الدار المصطفى - الدار البيضاء - المغرب

الجرعات و طريقة الاستعمال :  
أنظر النشرة الطبية المطبقة لـ 2.1 - زنگنه - الدار المصطفى - الدار البيضاء - المغرب

# CO-TRIM®

## Sulfaméthoxazole - Triméthoprime

Boîte de 20 comprimés  
Box of 20 tablets

CO-TRIM®  
20 comprimés



6 118000 030171

### FORMULE - FORMULA

Sulfaméthoxazole ..... 0,400 g  
Triméthoprime ..... 0,080 g  
Excipient(s): ..... 1 comprimé  
Cette boîte contient 8 g de Sulfaméthoxazole et 1,6 g de Triméthoprime.  
This box contains 8 g of Sulfamethoxazole and 1,6 g of Trimethoprim.

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS

کو-تریم®

سلفا میتیک سیاڑول - تریمیتیک بیم

علبة بـ 20 قرصاً  
لابروفان ۲۰

CO-TRIM® 20 comprimés

PPV 300H60

EXP 12/2023  
LOT 9N014 2

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI: Voir notice  
DOSAGE AND ADMINISTRATION: See insert.

AMM N° 22 DMP/21

www.lapropharm.com  
لابروفان - ۲۱ - زنگنه - الدار المصطفى - الدار البيضاء - المغرب

الجرعات و طريقة الاستعمال :  
أنظر النشرة الطبية المطبقة لـ 2.1 - زنگنه - الدار المصطفى - الدار البيضاء - المغرب

6 118000 096078



30 comprimés pelliculés

Tefovir® Pharma 5 300 mg

AMM : 218 DMP/21/NNP

# Tefovir® Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

300 mg

LOT 6842  
PER 01-23  
PPU 289 DH

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

الدواء ..... : تفوفير ..... 300 مجم ..... لافار ..... 5 ..... جم ..... 300

Excipient à effet notoire : lactose monohydrate ..... 300 mg

Excipients q.s.p. ..... 1 comprimé

Tenofovir disoproxil fumarate ..... 300 mg

Composition :

PHARMA 5

6 118000 096078



30 comprimés pelliculés

Tefovir® Pharma 5 300 mg

AMM : 218 DMP/21/NNP

# Tefovir® Pharma 5

Ténofovir disoproxil fumarate

300 mg

LOT 6842  
PER 01-23  
PPU 289 DH

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

الدواء ..... : تفوفير ..... 300 مجم ..... لافار ..... 5 ..... جم ..... 300

Excipient à effet notoire : lactose monohydrate ..... 300 mg

Excipients q.s.p. ..... 1 comprimé

Ténofovir disoproxil fumarate ..... 300 mg

Composition :

PHARMA 5

118000 096078

Tefovir® Pharma 5 300 mg

AMM:218 DMP/21/NNP

# Tefovir® Pharma 5

## Ténofovir disoproxil fumarate

300 mg

LOT 6842  
PER 01-23  
PPI 289 DH

## Voie orale

## 30 Comprimés pelliculés

PHARMA 5

**ACFOL®** 5mg  
Acide folique  
Boîte de 28 comprimés



Fabriqué par: Laboratoire pharmaceutique **IBERMA**.  
Z.I Lot 149 Had Soualem, Province Berrechid, Maroc.  
Titulaire de l'AMM: Laboratoire pharmaceutique **Versalya**  
Z.I Lot 149 Had Soualem, Province Berrechid, Maroc.  
Dr. N. KHALED: Pharmacien Responsable  
Médicament autorisé N° 554/17DMP/21/NTT.

# ACFOL® | 5mg

Acide folique / Comprimés

LOT : 14221002  
PER : 01/2025  
PPU : 26,20 DH

**28**

Comprimés  
Voie orale

#### Composition :

Composition par comprimé :

Principe actif:

Acide folique ..... 5 mg

Excipients : ..... q.s.p 1 comprimé

Excipients à effet notoire : Lactose monohydrate.

#### Indications :

Se reporter à la notice

A conserver dans l'emballage original pour le protéger de la lumière.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**ACFOL®** 5mg  
Acide folique  
Boîte de 28 comprimés



Fabriqué par: Laboratoire pharmaceutique **IBERMA**.  
Z.I Lot 149 Had Soualem, Province Berrechid, Maroc.  
Titulaire de l'AMM: Laboratoire pharmaceutique **Versalya**  
Z.I Lot 149 Had Soualem, Province Berrechid, Maroc.  
Dr. N. KHALED: Pharmacien Responsable  
Médicament autorisé N° 554/17DMP/21/NTT.

# ACFOL® | 5mg

Acide folique / Comprimés

LOT : 14221002  
PER : 01/2025  
PPU : 26,20 DH

**28**

Comprimés  
Voie orale

**Composition :**

Composition par comprimé :

Principe actif:

Acide folique ..... 5 mg

Excipients : ..... q.s.p 1 comprimé

Excipients à effet notoire : Lactose monohydrate.

**Indications :**

Se reporter à la notice

A conserver dans l'emballage original pour le protéger de la lumière.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.