

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## pharmacie :

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 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1347 Société : R. A. 1

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KAI ROJAN AHMED

Date de naissance : 19/02

Adresse : 12 Rue GRANADA Rue Aya B Ghalib

Tél. : 0661081621 Total des frais engagés : 262132586 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/06/21

Nom et prénom du malade : A. LISSO Age : 55

Lien de parenté :  Lui-même  Enfant

Nature de la maladie :



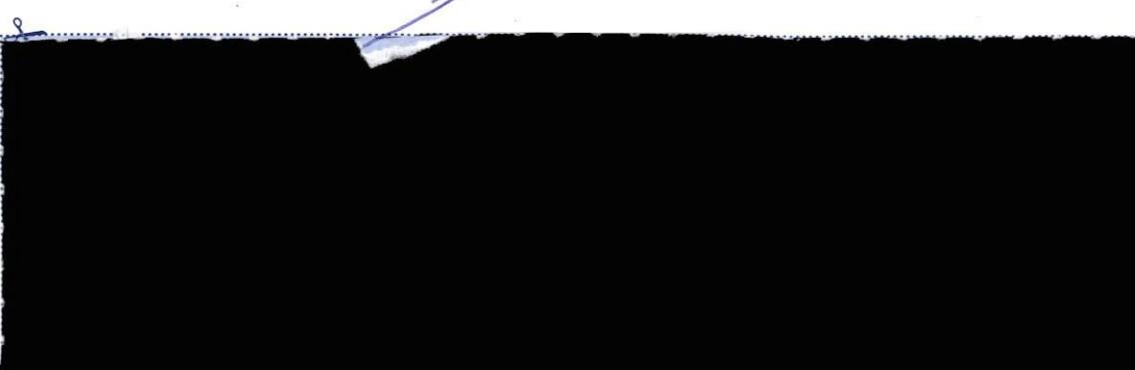
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : Tanger Le : 28/06/2021

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
30/06/2020		C	C	Dr. EL BAKI MDP MEDICAL HOSPITAL REGISITRER ULTRAVISION
01/07/2020		C	C	Dr. EL BAKI MDP MEDICAL HOSPITAL REGISITRER ULTRAVISION

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01.07.21	305.00
	20.06.21	255.50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



BULLETIN DE CONSULTATION

N°: 0010565

N° d'ordre :

Date : 10/07/2021

Heure de consultation : 11/11

N° Quittance :

P : 1/1

Ind : 1/1

Mut : 1/1

P.S : 1/1

Exon : 1/1

Ayant droit : 1/1

Médecin de garde :

Nom et Prénom du malade : Selma Alassane

Age : 1/1

Sexe : 1/1

Diagnostic :

Provenance : Ville :

Localité :

U 1/1

R 1/1

Adressé par :

Public : 1/1      Privé : 1/1      Autres : 1/1

Traitements Ambulatoires :

1. Septra 500  
14.80x2      1 جم 2 جم 1 جم

2. Dantac Fort (2bte/2x5ml)  
49.60x2      2 جم 2 جم 3 جم

3. Vit C 1000

11.80

4. 20ml 1/1

30.50

فدين بدون تبغ

HÔPITAL SANS TABAC



PHARMACIE BROOK'S  
DÉPARTEMENT DE PHARMACIE  
29 Rue Hassan II  
30.94.85.26.26  
Brook's  
HAKIMA  
GER



# Fluibron® 0,3%

Ambroxol

38,80

Vita C 1000®

PPV 15DH30  
EXP 12/2023  
LOT 0D0513

PPV:48DH50  
PER:03-24  
LOT:K 644

bottu s.a.  
El. Allée des Casuarinas, Bn Sidi - Casablanca  
S. S. S. - Pharmacie Responsable



**BULLETIN DE CONSULTATION**

N°: 0009065

N° d'ordre : 20092021

Date : 20/09/2021 Heure de consultation : 14/14

N° Quittance :

P :   /   Ind :   /   Mut :   /  

P.S :   /   Exon :   /   Ayant droit :   /  

Médecin de garde :

Nom et Prénom du malade : Saloua Alissoui

Age :   /   Sexe :   /  

Diagnostic :

Provenance : Ville :

Localité :

U   /  

R   /  

Adressé par :

Public :   /   Privé :   /   Autres :   /  

Traitements Ambulatoires :

Angmentation

168.00

2 sach



20.00

18.50 coffret 20.

450-0

500 comme



Signé :

٥٠٠  
سيبروفلوكساسين®

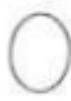
سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملمسة  
عن طريق الفم

**SEPCEN® 500 mg**

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

LOT:05821001  
PER:01/2024  
PPV:74.80 DH

IBERMA

بحب احترام الجرعتان الموصوفة

٥٠٠  
سيبروفلوكساسين®

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملمسة  
عن طريق الفم

**SEPCEN® 500 mg**

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

LOT:05821001  
PER:01/2024  
PPV:74.80 DH

IBERMA

بحب احترام الجرعتان الموصوفة

# AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg

Sachets

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

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 168,20 DH

LOT: 644721

PER: 02/22



PPV (DH) :

38,80

LOT N° :

UT. AV.:

موكسول<sup>®</sup>

أمروكسول

بدون سكر

EXP: 01/2024  
LOT: 21A04  
PPV: 49,60 DH

3 ampoules buvables

# D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI

Vitamine D3

Importé par : **Ergo Maroc**  
ERGO MAROC - Laboratoire pharmaceutique

Les laboratoires ERGO MAROC  
108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.  
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



 **SMB**

EXP: 01/2024  
LOT: 21A04  
PPV: 49,60 DH

3 ampoules buvables

# D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI

Vitamine D3

Importé par : **Ergo Maroc**  
ERGO MAROC - Laboratoire pharmaceutique

Les laboratoires ERGO MAROC  
108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.  
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



 SMB