

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Optique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## 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

clamation : contact@mupras.com

en charge : pec@mupras.com

ésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11633

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : N HAMOUCHA KAMAL

Date de naissance : 14-11-1951

Adresse : 48, AV. HASSAN II FES

Tél. 06-61-61-60-79

Total des frais engagés : 1117,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/06/2011

Nom et prénom du malade : H. HAMOUCHA

Age : 60 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 : Le 08/09/2011

Signature de l'adhérent(e) : Kamal

Le : 08/09/2011

## 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
32 108121-5			300 DH.	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE IAUAD KAREM SARL (AU)</b> Dr. HASSAN KAREM doeur Iuad Lakhdar Citéed Syleb Fes Bni Tel : 05 25 98 36 26 h.karem.hassan1979@gmail.com INPE : 142093580	30/08/2020	817.80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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 de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
				Montants des soins														
				Date du devis														
				Date de l'exécution														

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



**Dr. Driss BERRADA**  
*Cardiologue*

**الدكتور ادريس بروادة**

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Ex. Attaché au Service de  
cardiologie du  
CHU Hassan II de Fès



- Echocardiographie
- Epreuve d'Effort
- Holter ECG

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bneu al aswam roches  
noires casablanca  
**HYTACAND**  
16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
29 DMP 21/NRQ P.P.V: 176,20 DH  
6 118001 020898

Tél : 05 35 93 20 76

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bneu al aswam roches  
noires casablanca  
**HYTACAND**  
16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
29 DMP 21/NRQ P.P.V: 176,20 DH  
6 118001 020898

GSM : 06 61 34 10 70

**Mme BAHRI RANIA 61 ans**

**ORDONNANCE**

5 18,51 = 17,6,11 X 3  
**HYTACAND 16/12.5**

1 cp le matin après repas

9,6,11 = 7,2,10 X 3  
**DETENSIEL 10 MG**

1 cp le matin après repas

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bneu al aswam roches  
noires casablanca  
**HYTACAND**  
16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
29 DMP 21/NRQ P.P.V: 176,20 DH  
6 118001 020898

**ROSUVAS SUN 10 MG**

1 cp le soir après repas

**KARDEGIC 75MG**

1 sachet au milieu du déjeuner

73,11 = 84,40 X 3  
**LEVOTHYROX 100µG**

1 cp matin à jeun

**TT DE TROIS MOIS**

$\cancel{7} = 81,7,81$



Av. Slaoui, N° 64, Bureaux des Palmiers, 1er étage N°8 (en face du Club de l'enseignement) - Fès  
شارع السلاوي، مكاتب النخيل الطابق الأول، رقم 8 ( أمام نادي التعليم ) - فاس

**Distribué par:** Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

**Sous licence:** Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

**Fabricants:**

Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250,  
64293 DARMSTADT  
Allemagne

09/2022  
6009K8  
09/2019

EXP:  
Lot:  
Fab:



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

**Distribué par:** Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

**Sous licence:** Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

**Fabricants:**

Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250,  
64293 DARMSTADT  
Allemagne

09/2022  
6009K8  
09/2019

EXP:  
Lot:  
Fab:



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

**Distribué par:** Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

**Sous licence:** Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

**Fabricants:**

Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250,  
64293 DARMSTADT  
Allemagne

09/2022  
6009K8  
09/2019

EXP:  
Lot:  
Fab:



6 118001 102020

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

EXP: 03/2023  
Lot: 6000LT0  
Fab.: 04/2020



**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

EXP: 03/2023  
Lot: 6000LT0  
Fab.: 04/2020



**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

EXP: 03/2023  
Lot: 6000LT0  
Fab.: 04/2020



**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236