

## 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 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.
- La 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

- 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.

N° W21-613580

par  
com

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>11013</b>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>YAHOUNE SOUATIF</b>			
Date de naissance : <b>12 Juin 1978</b>			
Adresse : <b>16, loti ssenej de Joculere, Hassan II</b>			
Tél. : <b>0613575377</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>الدكتور سعيد العربي عزيز</b>  <b>الطب العام رقم 25</b>  <b>شارع الحسن الثاني</b>  <b>قرية سلا</b> </div>			
Date de consultation : <b>17/09/2021</b>			
Nom et prénom du malade : <b>ABERKIA AIT ABBAS</b>			
Age : <b>54</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Arthrite</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>~</b>			
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 : / /

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
17.09 2021	C	1	X 135.000	Dr. MOHAMED BEN YOUSSEF دكتور محمد يوسف اطفال العام مشفى ابن النفسي رقم 25

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AL ABBAS Rue des Dalal, Imb. 4, Mac Oulad Hsaine-Salté Tel: 05 37 83 4</i>	17/09/21	181,10

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				<input type="text"/>												
	<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>G</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	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

# ORDONNANCE

LOT N°:

UT. AV: 07722  
42.00 - H  
PV: 4200

41,30

62,00

21,60

41,30

27,60

131,10

LAW, Le 17.09.2021

BERGERA Aïda

Perot de 125 p. Bw

33 Ray n° 6 a 8 min

Prism 2s 1m

1/2 esp. matin et apm

BRA n° 1sp 1m

1 em a 3m  
Install in 1000 m

2ft, 4m,

Musel 3m 1m

1m & 3m

الكتور العصبي الشمالي  
عصب الحبل الشوكي الشمالي رقم 25  
Res. Daial, Imb. 4 Mag. 12  
Oujad Hs. Hsaine-Sale Al Jadida  
Tel.: 05 37 83 18 86

Voie orale

# BUTAMYL®

Salbutamol

# BUTAMYL®

Salbutamol

### Composition :

Salbutamol (s.f. de sulfate) ..... 40 mg

Excipients q.s.p ..... 100 ml

Excipients à effet notoire :

parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle,  
sodium.

Flacon de 150 ml contenant 60 mg de  
salbutamol, soit 2 mg par cuillère à café  
de 5 ml.

AMM N° : 167DMP/21/NRQr

**BUTAMYL®**

Salbutamol  
Flacon de 150 ml

P.P.V. : 21.40 DH



Flacon  
de 150 ml

مختبرات غالينيكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

G GALENICA

Soluté  
buvable

بوتاميل®  
سلبوتامول

قنية 150 مل

COOPER



□ □ □ □

• 100 •

1

1

The image features a minimalist, abstract illustration of a human-like figure. The figure is composed of white and light blue organic shapes. It has a white head with a single red dot for an eye, a white neck, and a white torso with a large blue circle containing a smaller white circle. The arms and legs are made of blue and white flowing lines. The figure is set against a solid teal background. In the bottom right corner, there is a blue rectangular box. Inside the box, the number '0,3%' is written in white. Above the percentage, the Armenian word 'ՀԱՅՐԵՆԻ' (Premier) is partially visible, suggesting it might be a logo or a specific brand name.

۱

1

(DH) :

## PPV (DH) :

**LOT N°:** 27,10

UT. AV.

1

**125**

micrograins  
125 micrograins par dose

**SERETIDE**

propionate de fluticasone/  
salmétérol

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé avec valve dosuse

**125**

micrograins par dose

**SERETIDE**

propionate de fluticasone/  
salmétérol

GilaxosmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 175,00 DH  
ID : 645344  
6 118001 141869

Lot

EXP

5895

03 2022

Lot  
EXP

NY4K  
11 2022

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



19001 14 258

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH