

## 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

- 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.

*par  
par  
par*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule	11033	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : YAMOUNE AOUATIF		
Date de naissance : 12 JUIL 1978		
Adresse : 16, la résidence de faculté HSSAINE		
Tél. : 0613575377	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
الدكتور سعيد العربي عالي الطب العام شارع الحسن الثاني رقم 25 قرية سلا	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	04.08.2021
Nom et prénom du malade :	BERRITA Aya
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Mère / <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fille / <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Asthme à l'aggravation
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
04/09 2021	C	1	X/130,00	INP : 101008784 الدكتور سعيد العربي عالي الطبيب العام شارع الحسن الثاني رقم 25 فريدة سلا

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture	
PHARMACIE AL ABDI Rés. Dalal, Imb. 4, Mag. 12 Qlad Hlal, Hsaine-Said Al Jadda Tél.: 05 37 83 18 86	04/09/2021	1430,20	

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.					
	SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433562		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					
COEFFICIENT DES TRAVAUX					
MONTANTS DES SOINS					
DATE DU DEVIS					
DATE DE L'EXECUTION					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

# ORDONNANCE

Le: 04.09.2021

303,00x4 BERKIA Aya  
1212,00 Sinusitis (3mm)  
 - Mgt a ampu 3mm  
45,30x2 Ventilare nebulizer  
90,60 IRT & 4% 3mm  
31,90x4 Dystec exp (4mm)  
127,60 Tampon au sucre 2g/mm  


---

 1430,20

صيدلية العبريدي  
 PHARMACIE AL ABRIDI  
 4, Rés. Dalal, Imb. 4, Mag. 12  
 Oulad Hlal, Hsaine-Sale Al Jadida  
 Tél.: 05 37 83 18 86  
 102003084

الدكتور سعيد العربي عالي  
 الطبطباع العام  
 شارع الحسن الثاني رقم 25  
 قربة سلا



Lot 1042277  
EXP 09/2022

# SINGULAIR® 5 mg

comprimé à croquer

Montelukast



6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg  
28 comprimés

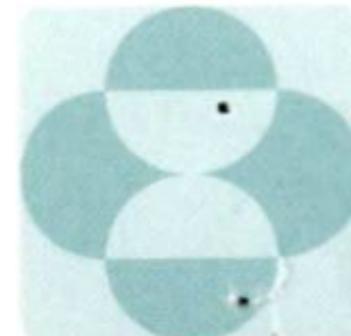
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH

AMM 204 DMP/21/NCI

28 comprimés à croquer.

74772/140414-2





Lot 1042277  
EXP 09/2022

# SINGULAIR® 5 mg

comprimé à croquer

Montelukast



6 118001 160174

SINGULAIR® 5 mg  
28 comprimés

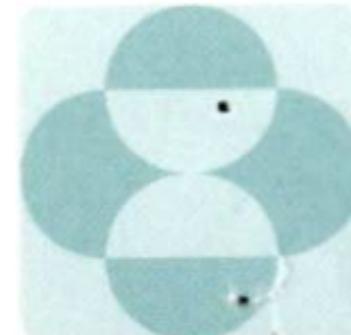
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH

AMM 204 DMP/21/NCI

28 comprimés à croquer.

74772/140414-2





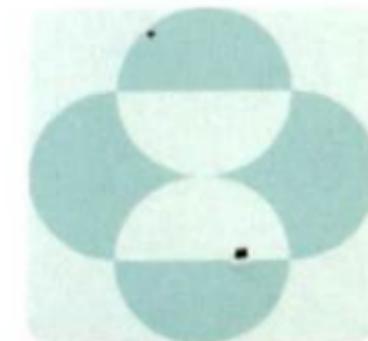
LOT 1016385  
EXP 01 2022



# SINGULAIR® 5 mg

**comprimé à croquer**  
**Montelukast**

28 comprimés à croquer.





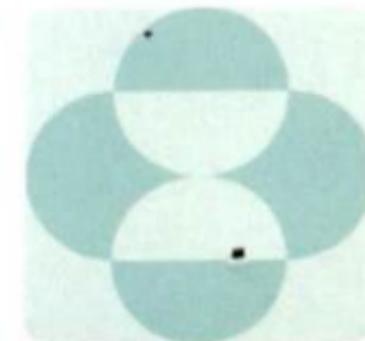
LOT 1016385  
EXP 01 2022



# SINGULAIR® 5 mg

**comprimé à croquer**  
**Montelukast**

28 comprimés à croquer.



# Zyrtec®

**1mg/ml**

Cétirizine

Voie orale



Solution buvable  
Flacon de 60 ml



31,90



# Zyrtec®

**1mg/ml**

Cétirizine

Voie orale



Solution buvable  
Flacon de 60 ml



31,90



# Zyrtec®

**1mg/ml**

Cétirizine

Voie orale



Solution buvable  
Flacon de 60 ml



31,90



# Zyrtec®

**1mg/ml**

Cétirizine

Voie orale



Solution buvable  
Flacon de 60 ml



31,90



EXP

Lot

200 DOSES

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé

dose  
microgrammes/  
**100**

SALBUTAMOL

Ventoline



**Ventoline**

**100 microgrammes/dose**

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé

EXP

Lot

200 DOSES

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé

dose  
microgrammes/  
**100**

SALBUTAMOL

Ventoline



**Ventoline**  
**100 microgrammes/dose**

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé