

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-609962

90528

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 841		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>Hifouloud Ahmed</i>
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. : 06611417609		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-À-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>02/08/2021</i>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <i>Mr. Allal Ahmed</i> Age: <i>52</i>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>A affection</i>			
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.			
02 NOV. 2021			

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 : *Casa* Le : *01/11/2021*

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVÉ 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
20108125	rs Gratuite			INP : 091033639

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUSSAÏF Dr. TAFI Gare Routière Gare Routière Tél: 05 22 82 38 - C erb Kabi	02/08/21	585,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
02/08/01	NFS	cest' le coefficient de l'absorption de l'air	100

## 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## ORDONNANCE

021828  
25th August

Dr. LAFI - Casablanca

Dr. Routier N° 38  
Gare Kabil 15 22 82 07 55

PHARMACIE MOUSSAFIR

75,70 x 2 AT Dabest Am

11 Afix Dof **S.V.**

138,10 1017 x 60

21 Daelys x

16,18 1cp 15 x 1000 **V**

31 Vit C 1cp x 215 + 10

1,49 x 1000 x 10

89,50 1cp 15 x 1000 **V**

47 D3 - Nogut **S.V.** x 1000

27 36 6th x 1000

51 Caprol 0 aspirin **V**

149 15 x 1000

TSH

PHARMACIE MOUSSAFIR  
Dr. LAFI  
Rue de Casablanca  
Gare Routière N° 38  
Dabka  
Tel: 55 42 82 07 55

88,10  
6P INÉMIS dos S.V.  
6000  
7P ACP le siro x 10  
ENTEROGERMUNG S.V.  
1600  
8P 1 aero x 2b x 10  
1000  
1P 1 cp x 3b x 10 S.V.  
585,150

~~PHARMACIE MOUSSAFIR~~  
~~Dr. LAF~~  
~~Gare Routière~~  
~~Derb Kabir N° 18 - Casablanca~~  
~~Tél : 05 28 82 07 55~~

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acetylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair brou al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boite 14

640/15DMP/21NRO P.P.V: 82,10 DH



6 118001 020591

Sanofi-aventis Maroc   
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Entrogermina 2 milliards  
susp b 10 fl 5 ml  
P.P.V : 60,00 DH



6 118001 081653

AZI<sup>®</sup>

Azithromycine

500 mg

voie orale

79,20  
79,20  
11123  
13200

3 Comprimés  
sécables

bottu

82, Allée des Cœurs - Aln Schutte - Cœurs  
S. Bachtach - Pharmacie Responsable

AZI<sup>®</sup>

Azithromycine

500 mg

voie orale

79,20  
79,20  
11123  
13200

3 Comprimés  
sécables



bottu

82, Allée des Cœurs - Aln Schatz - Cressier-Haut  
S. Bachtchali - Pharmacie Responsable

# Doliprane®

## 1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

bottu s.à  
Sachsenheim - Allemagne - Consulter  
Pharmacie Responsable

b

PPV: 14DH00  
PER: 06/24  
LOT: K1757

ADULTE  
10 Comprimés

# ÉNERGIE C & VITAMINES

Oligo-éléments  
Protéines  
Vitamines &

# Zinc

ACTION  
SUPPLEMENT

Actifs et vitamines

# Melvits®

## CONDITION D'EMPLOI :

nts  
indiquée

PRM

175,00

### COMPOSITION

Ingrediénts Actifs	en mg
Levure Lynside Nutri Optimum	221,8 mg
Levure Lynside Zn 100K-100 mg Zn/g	75,0 mg
Ingrediénts non actifs	
Gélatine (composante de la gélule, origine bovine)	90,0 mg
Stearate de Magnésium (antioxydant)	3,2 mg

### APPORT JOURNALIER RECOMMANDÉ (AJR)

Élément Actif	Teneur/Gél en mg	TAJR / 2 Gélules
Zinc	7,50 mg	100,0%

Complément alimentaire ce n'est pas un médicament

212(0)522.2

A N° CAPI

J2202DMP/20UCAv1

# D3NORM®

200 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 634501

Lot: 200527

A consommer

avant le: 09/2023

PPC: 89,50 DH

