

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 |

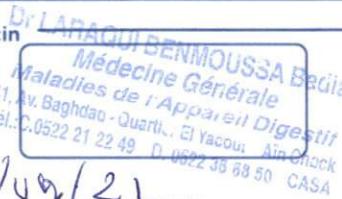
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-647958

32210

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 842	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : J.O.T.I ASSIA			
Date de naissance : 19.01.45			
Adresse : Hay el Manz Rue 27 n° 8 Casablanca			
Tél. : 05 22 36 22 04	Total des frais engagés : 695,70 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 09/03/21			
Nom et prénom du malade : J.O.T.I	Age : ASSIA		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : H.T. 17			
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 07.11.2021

BELEVE 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
09/03/2024	✓		200,00	INP : 091220648 Dr LARAQUI BERNARDO Malades de Medecine de la Av. Bagdad 0-0522 Tel: 010-12345678 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMATECH Sommaire 1522.50	09/09/21	495,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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"/>																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">B</td><td></td></tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: right;">25533412</td><td style="text-align: left;">21433552</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">D</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">35533411</td><td style="text-align: left;">11433553</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">B</td><td></td></tr> </table> <p align="center">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																							
D	G																						
B																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
D	G																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
B																							
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			

DR. LARAQUI BENMOUSSA BADIA

Diplômée de la Faculté de
Médecine de Paris

الدكتورة العراقي بنموسى بديعة

خريجة كلية الطب بباريس

Médecine Générale
& Maladies de l'Appareil Digestif

الطب العام
وأمراض الجهاز الهضمي

n°^٢ Joti Assia

Casablanca le : 09/09/21 الدار البيضاء في :

145,90x1
101,80x3

~~Couvoile~~
- 9/j



4B

22.20x2

~~Couvelaine~~
- 4



29/j

dr. lsgin.

495,70

PHARMACIE MILAD
Dr. Samira MILAD
283, Bd. Sidi Abderrahmane
Hay Salam - Casablanca
Tél: 0522.50.56.20

Dr. LARAQUI BENMOUSSA BADIA
Médecine Générale
Maladies de l'Appareil Digestif
41, Av. Baghdad - Quartier El Yacout - Aïn Chock
Tel.: C.0522.21.22.49 D. 0522.36.68.50 Casablanca

COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

كوفرسيل® 5 ملغم

براندوبريل أرجينين

30 حبة ملمسة قابلة للكسر

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

فانلة 1 : لا يصرف إلا بمحض وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.
التركيب : يحتوي حبة واحدة ملمسة
على 5 ملغم من براندوبريل أرجينين.
السوانح : كمية كافية لكل حبة ملمسة
يحتوي على سكر الحليب أحادي
الماء: راجع الشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
إقرأ بدقة الشرة قبل الاستعمال.

30

Comprimés pelliculés sécables



145,90

احترموا المقادير المعية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة 1 : لا يصرف إلا بوجه وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

كوفرسيل®
5 ملغ

براندوبيريل أرجينين

30 حبة ملصقة قابلة للكسر

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables

يؤخذ عن طريق الفم.

يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.

التركيب : يحتوي حبة واحدة ملصقة

على 5 ملغ من براندوبيريل أرجينين.

السواط : كمية كافية لكل حبة ملصقة

يحتوي على سكر الحليب أحدادي

الماء: راجع الشرة لمزيد من المعلومات.

الجرعة، دواعي الاستعمال.

مضادات الاستعمال، إحتياطات

الاستعمال والآثار الجانبية :

اقرأ بدقه النشرة قبل الاستعمال.



107,80

احترموا المقادير المعية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة 1 : لا يصرف إلا بوجه وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

كوفرسيل®
5 ملغ

براندوبيريل أرجينين

30 حبة ملصقة قابلة للكسر

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables

يؤخذ عن طريق الفم.

يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.

التركيب : يحتوي حبة واحدة ملصقة

على 5 ملغ من براندوبيريل أرجينين.

السواط : كمية كافية لكل حبة ملصقة

يحتوي على سكر الحليب أحدادي

الماء: راجع الشرة لمزيد من المعلومات.

الجرعة، دواعي الاستعمال.

مضادات الاستعمال، إحتياطات

الاستعمال والآثار الجانبية :

اقرأ بدقه النشرة قبل الاستعمال.



107,80

احترموا المقادير المعية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة 1 : لا يصرف إلا بوجه وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

كوفرسيل®
5 ملغ

براندوبيريل أرجينين

30 حبة ملصقة قابلة للكسر

COVERSYL®

Péridopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables

يؤخذ عن طريق الفم.

يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.

التركيب : يحتوي حبة واحدة ملصقة

على 5 ملغ من براندوبيريل أرجينين.

السواط : كمية كافية لكل حبة ملصقة

يحتوي على سكر الحليب أحدادي

الماء: راجع الشرة لمزيد من المعلومات.

الجرعة، دواعي الاستعمال.

مضادات الاستعمال، إحتياطات

الاستعمال والآثار الجانبية :

اقرأ بدقه النشرة قبل الاستعمال.



107,80

cocodolipramine®

PARACETAMOL ET CODEINE



16 COMPRIMES
SECABLES

boltus.a
82, Allée des Casuarinas - Aïn Sébaâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV : 22DH20

PER : 05/22

LOT : J1407

cocodolipramine®

PARACETAMOL ET CODEINE



16 COMPRIMES
SECABLES

boltus.a
82, Allée des Casuarinas - Aïn Sébaâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV : 22DH20

PER : 05/22

LOT : J1407



valable 3 mois

Le 09/09/2011

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

BENABDALLAH BENMOUSSA Badia
Médecin :
Maladies de l'Appareil Digestif
41, Av. Bagdad - Quartier El Yacout - Ain Chock
Tél.: 0522.21.22.48 - 0522.26.49.00

Certifie que Mlle, Mme, M. : JOTI ASSIA

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)