

# 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.

## Thérapie :

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.

Le 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

- |                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| Information                      | : contact@mupras.com  |
| Personne en charge               | : pec@mupras.com      |
| Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

Maladie

Dentaire

Optique

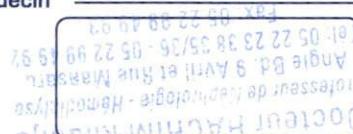
Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4812 Société : R.A.M - 94385  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : LAZRAK SAAD  
 Date de naissance : 24.04.53  
 Adresse : Rue KERGOMAR Residuce ANBAR Imm 3  
Appartement n° 9. AIN DIAB. CASABLANCA  
 Tél. : 06.61.31.86.52 Total des frais engagés : 1327.50.011 Dhs

Authorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 11/12/2021

Nom et prénom du malade : LAZRAK SAAD Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Indifférence

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 : LAZRAK SAAD Le : 11/12/2021

Signature de l'adhérent(e) : LAZRAK SAAD

## 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
11/21/2021	02	02	168.00	181.05 223-38-77 Andréa FA P.A. Prestation de service Document HACH

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SID LABDERRAHMANE SKIRED Moulka 15-16 Rue Kergomar Résidence Anbar Casablanca - Tel 0522 79 79 01	01/02/2021	132 7.50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT				



לעוג 20 - הַיְלָה יְהוָה כָּרְתָּנוּ

אֶת-בְּרִית-נוּ כִּי-מֵאָז

# הַזָּהָר

56

ר

לְעֵזֶר



L	L	I	2	1	0	0	9	
F	E	R	A	V	R	2	5	
F	F	V	6	1	0	H	6	0
0	9	H	6	0				

לעוג 20 - הַיְלָה יְהוָה כָּרְתָּנוּ

אֶת-בְּרִית-נוּ כִּי-מֵאָז

# הַזָּהָר

56

ר

לעוג 20

L	L	I	2	1	0	0	9	
F	E	R	A	V	R	2	5	
F	F	V	6	1	0	H	6	0
0	9	H	6	0				

לעוג 20 - הַיְלָה יְהוָה כָּרְתָּנוּ

אֶת-תְּנִשְׁאָלָה הַמְּלָאָךְ

# הַזָּהָרִיל

56

ר

לְעֵזֶר

L	L	I	2	1	0	0	9	
F	E	R	A	V	R	2	5	
F	F	V	6	1	0	H	6	0
0	9	H	6	0				

לעוג 20 - הַיְלָה יְהוָה כָּרְתָּנוּ

אֶת-בְּרִית-נוּ כִּי-מֵאָז

# הַזָּהָר

56

ר

לעוג 20

L	L	I	2	1	0	0	9	
F	E	R	A	V	R	2	5	
F	F	V	6	1	0	H	6	0
0	9	H	6	0				

לעוג 20 - הַיְלָה יְהוָה כָּרְתָּנוּ

אֶת-תְּנִשְׁאָלָה הַמִּזְרָחָה

# הַלְּזָה-בְּיַלְל

⑤

לְזָה-בְּיַלְל

L	L	I	2	1	0	0	9	
F	E	R	A	V	R	2	5	
F	F	V	6	1	0	H	6	0
0	9	H	6	0				

LOT : 210053  
UT AV : 01/2024  
PPV : 95,00DH

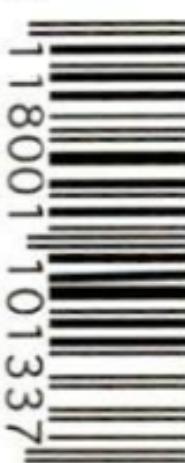
25  
م٢٥

كاردينور®  
Cardinor®

30 x Ø  
فرصاً قابل للكسر



6



30 comprimés sécables

CARDINOR® 25 mg

مدة صالح زرار مساواة

  
COOPER  
PHARMA

LOT : 210053  
UT AV : 01/2024  
PPV : 95,00DH

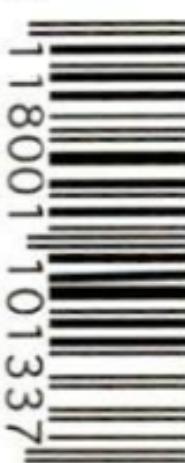
25  
م٢٥

كاردينور®  
Cardinor®

30 x Ø  
فرصاً قابل للكسر



6



30 comprimés sécables

CARDINOR® 25 mg

مدة صالح زرار مساواة

  
COOPER  
PHARMA

LOT : 210053  
UT AV : 01/2024  
PPV : 95,00DH

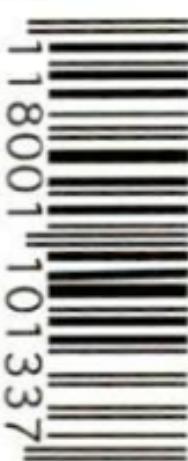
25  
م٢٥

كاردينور®  
Cardinor®

30 x Ø  
فرصاً قابل للكسر



6



30 comprimés sécables

CARDINOR® 25 mg

مدة صالح زرار مساواة

  
COOPER  
PHARMA

LOT : 210735

EXP : 04/2024

PPV : 57,80DH

UT. AV.:

LOT N°:

PPV (DH):

عن طريق  
الدم

10  
ملي

نور-  
أنتروفلاستاتين

قرص ملبيسا

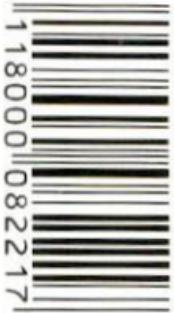
30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

COOPER  
PHARMA

6



118000082217

LOT : 210735

EXP : 04/2024

PPV : 57,80DH

UT. AV.:

LOT N°:

PPV (DH):

عن طريق  
الدم

10  
ملي

نور-  
أنتروفلاستاتين

قرص ملبيسا

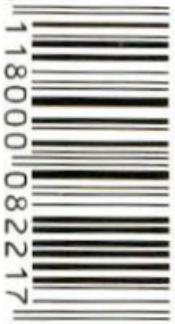
30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

COOPER  
PHARMA

6



118000082217

LOT : 210735

EXP : 04/2024

PPV : 57,80DH

UT. AV.:

LOT N°:

PPV (DH):

عن طريق  
الدم

10  
ملي

نور-  
أنتروفلاستاتين

قرص ملبيسا

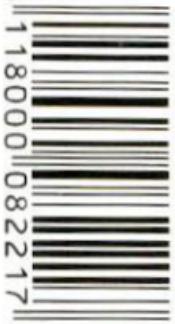
30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

COOPER  
PHARMA

6



118000082217

# ESAC® 20

ésoméprazole mg

28 gélules

*Microgranules  
gastrorésistants*

Voie orale



ESAC 20 mg  
PER 04/23  
PAV 144DH50

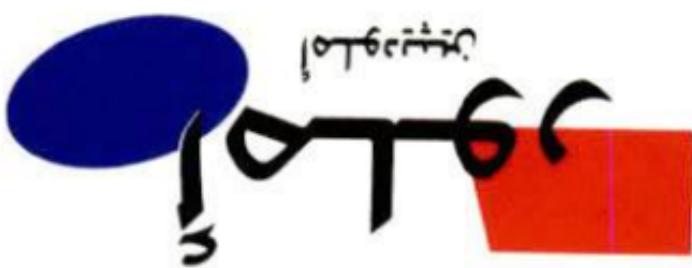
144,50



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Lot 28

10 mg



6 118000250555



28 COMPRIMÉS

AM洛特.10 mg

UT.AV : 12

P.P.V.

LOT N° : F 09.07

38,00

09366128/3