

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## ire :

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.

## ie 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

éclamation : contact@mupras.com

rise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

## Déclaration de Maladie

N° M21- 081678

106893

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1119 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : S.A.D Dd'hassan

Date de naissance : 15-11-45

Adresse : .....

Tél. : 001 21 47 99 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : ..... 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE DU VENTRE</b> 01.92.22.02.60 00.59.79.12.60 0.00.00.00.00.00	07/03/22	537,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L

Tél : 0522220261

MOHAMED SAIDI

FACTURE N° : 8039

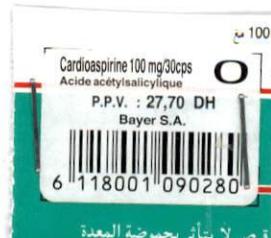
du 07/03/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	TAHOR 10MG B28 CPS	79,00	79,00	0%
1	TENORMINE 100MG 28CPS	58,70	58,70	0%
1	EXFORGE 5 / 80 /28 CPS	195,00	195,00	7%
1	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	27,70	0%
1	NATISPRAY AEROSOL	69,30	69,30	0%
1	STAGID 695MG / 100	107,60	107,60	0%

Total TTC	537,30
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	537,30

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
CINQ CENT TRENTÉ SEPT DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	342,30	0,00	342,30
7.00%	7,00	182,24	12,76	195,00
		524,54	12,76	537,30



10 mg

**TAHOR® 10 mg**

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28  
COMPRIMÉS  
PELLICULÉS

UT. AV. : 1 0 2 P.P.V

LOT N° : 1 2 3 2 9 1 1

70,00

09366082/4

LOT 212179  
EXP 09 2024  
PPV 107.60



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.  
Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.  
Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة منوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 80 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملг من أملوديبين و 80 ملг من فالسارتان



611800103058 3

EXFORGE

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH

06 2024  
BADF3

2930

**Exforge® 5 mg/80 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لانحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

EXP  
LOT



\_\_\_\_\_

# تنور مين® 100 ملغ

أتبنولول

Liste I

28 حبة قابلة للقسمة



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
Uniquement sur ordonnance

Maphar  
3d Alklmia N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tenormine 100mg cp pell

b28

P.P.V : 58,70 DH

