

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 080108

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
Nom & Prénom : FERHATI ABDELHADI  
Date de naissance : 01-01-1954  
Adresse : LOT HABITAT 99 ROUTE ALA H  
YAMAHUEL  
Tél : 0661149294 Total des frais engagés : 218,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Médecin Commandant  
JALAL EL OUADQUDI  
Psychiatre  
Hôpital Militaire Avicenne  
INPE 071228217

Date de consultation : 25/4/2022  
Nom et prénom du malade : KRIO ANITA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : pathologie psychiatrique  
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 : YAMAHUEL

Le : 25/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
25/4/2022		C	G.	<p>Médecin Commandant JALAL EL OUADLOU Psychiatre Hôpital Militaire Avicenne Tél : 071228217</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY MABROUKA Abdelghani ENNABIL Dr. pharmacien 5, Lot. Mabrouka Residence Taif 1 Jbel Gueliz Marakech : 05 24 42 31 77 Fax. 05 24 44 84 87	25/4/22	218,80

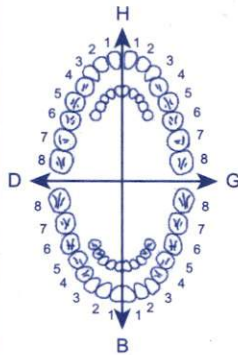
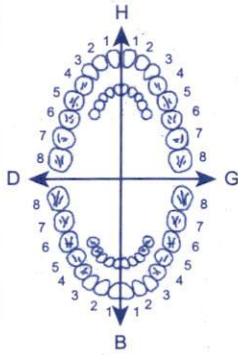
[illegible][illegible]

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le: 25/4/2022

## ORDONNANCE

AMINA KRID

98,30  
1) Athylol 30



21,50  
2) Nigralgine 1 pl.



99,00  
3) Addit. va 1 yll iter lo 8 h pl 2  
218,80 1 y of dent pl 25



Médecin Commandant  
JALAL EL OUAOUDI  
Psychiatre  
Hopital Militaire Avicenne  
INPE 071228217

PHARMACIE HAY MABROUKA  
Abdo EL ENNABLI Di. Pharmacie  
6, rue Mabrouka Rou. 40000, Marrakech  
Tél: 05 24 42 31 77 Fax: 05 24 42 31 77

# أثيميل 30 ملغ<sup>Ⓟ</sup> كلوريدات الميثانزيرين



20 قرصا ملبسا قابلا للكسر  
عن طريق الفم

صنع من طرف :

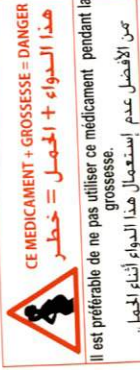


41, rue Mohamed Diouri 20110 Casablanca.  
Amina DAOUDI : Pharmacien Responsable  
41, شارع محمد الديوري 20110 الدار البيضاء  
صيدلي مسؤول : أمينة الداوي

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية  
يحفظ بعيدا عن مرأى ومناوأل الأطفال.

جدول (الترتيب 1)  
Tableau A (liste 1)

Respecter les doses prescrites  
الحذر الجرعات الموصوفة  
Uniquement sur ordonnance



**ATHYMIL® 30 mg**  
Chlorhydrate de miansérine

20 Comprimés pelliculés sécables  
Voie Orale

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

AMM N° 569R<sub>1</sub>/18 DMP/21/NRQ

98.30



■ COMPOSITION

PARACETAMOL ..... 400,0 mg  
CAFEINE ..... 62,5 mg  
PHOSPHATE DE CODEINE  
HEMIHYDRATE ..... 20,0 mg

pour une gélule

Excipient à effet notoire : lactose

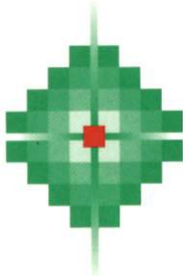
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

**MIGRALGINE®**  
18 GELULES



6 118000 040538

# MIGRALGINE®



VOIE ORALE

18 GELULES

PPV : 21DH50  
PER : 12/23  
LOT : K3733

ADDITIVA<sup>®</sup>

**Vital**



Multivitamines · Minéraux  
Oligo-Éléments

**+ Extrait de Ginseng**

41,0 g

Dr. Scheffler<sup>®</sup>

30 Comprimés  
dragéifiés



4 026466 060217

PPC: 99DH00

**PHARMACIE HAY MABROUKA**  
 Abdelghani ENNABIL Dr. en pharmacie  
 6, Lot. Mabrouka Residence Taif 1  
 Jbel Guebiz Marrakech  
 Tel: 05 24 42 31 77-Fax: 05 24 44 84 87

**Bon de Devis n°** .....

Date : 25-04-2022 FACTURE N°0009079

Doit : KRIS AMINA

DÉSIGNATIONS	QTÉ	P.U.	MONTANT
ATHYMIC	1	98,30	98,30
MIGRAIGINE	1	21,30	21,30
ADDITIONNA	1	99,00	99,00
<p>PHARMACIE HAY MABROUKA</p> <p>43, 31 77 Fax</p>			

Réglé par :

T.I.C.

Arrêtée la Prè sente Facture à la Somme de :

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : Deux  
Cent dix huit et 00 c/m