

# 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.

**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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7688 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Faouzi Nadia Autre :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664670159 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 : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : 25/05/22

..... de l'adhérent(e) : ..... JZ

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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 |
|--|-----------------|-----------------------|
|  | 25-05-1<br>2011 | 15130                 |
|  |                 |                       |
|  |                 |                       |
|  |                 |                       |
|  |                 |                       |

### ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                   | Dents Traitées            | Nature des Soins                         | Coefficient               | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|---------------------------|--|---------------------------|------------------------|
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
| MONTANTS DES SOINS                                |                           |  |                           |                        |
| DEBUT D'EXECUTION                                 |                           |  |                           |                        |
| FIN D'EXECUTION                                   |                           |  |                           |                        |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX                            | O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE |                           |                        |
|   |                           | H<br>25533412<br>00000000                | G<br>21433552<br>00000000 |                        |
|   |                           | D<br>00000000                            | B<br>35533411             |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
|   |                           |  |                           |                        |
| MONTANTS DES SOINS                                |                           |  |                           |                        |
| DATE DU DEVIS                                     |                           |  |                           |                        |
| DATE DE L'EXECUTION                               |                           |  |                           |                        |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS    |                           |  |                           |                        |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |                           |  |                           |                        |

# pharmacie LA BRISE -

Narjiss SELASSI

0522990710/0622927010

38,rue abou abass el azfi. Maarif. , Casablanca



Facture N° 20220624-751

Date de vente : 25/05/2022

Médecin traitant :

MME FAOUZI NADIA

Maroc

| Produit                           | Qté. | P.U    | TVA             | Total  |
|-----------------------------------|------|--------|-----------------|--------|
| VASTAREL CO 80MG B30 GELULES      | 1    | 112,50 | Exonéré (0.00%) | 112,50 |
| DOLIPRANE SU 1000MG B10 SUPPO     | 1    | 14,40  | TVA (7.00%)     | 14,40  |
| LEVOTHYROX CO 100µG B30 COMP SECA | 1    | 24,40  | TVA (7.00%)     | 24,40  |

PHARMACIE LA BRISE  
Tél: 05 22 99 07 10 / 06 22 92 70 10  
E-mail: pharmacie.la.brise@gmail.com  
Site: www.pharmacielabrise.com  
Adresse: 38 rue Abou Abass El Azfi, Maarif ext, Casablanca  
Date: 25/05/2022 - 10:40  
Signature: Nadia

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| Total HT     | 148,76 DHS        |
| TVA          | 2,54 DHS          |
| <b>Total</b> | <b>151,30 DHS</b> |

Arrêté la présente facture à la somme de : cent cinquante et un DHS et trente centimes

# Doliprane®

PARACETAMOL

1000 mg



Adulte  
à partir de 15 ans

DOULEURS  
FIEVRE

VOIE RECTALE  
10 SUPPOSITOIRES

PPW 14DH40  
PER 12/22  
LOT J3401

b

bottU™  
82, allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**Distribué par:** Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

**Sous licence:** Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

**Fabricants:**

Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250,  
64293 DARMSTADT  
Allemagne

EXP: 09/2022  
Lot: 6009K6  
Fab: 09/2019



6 118001 102020

|        |  |        |
|--------|--|--------|
| 1 CP   |  | MATIN  |
| 1/2 CP |  | A JEUN |

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

*30 gélules à libération prolongée*

# VASTAREL®

**80 mg**

Dichlorhydrate de trimétazidine  
Gélule à libération prolongée



*Voie orale*



MR, 50