

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.

122845

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARIM SAWAF

Date de naissance : 13/09/1975

Adresse : 2221 RUE HASSAN II

Tél. : Total des frais engagés : 388.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/06/2021

Nom et prénom du malade : KARIM SAWAF Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

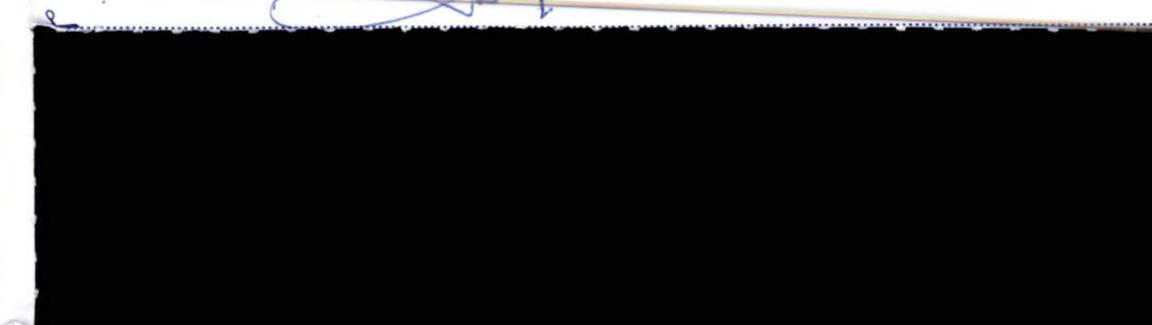
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 29/06/2021 Le : 29/06/2021

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
29/06/2011				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/06/2011	388,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

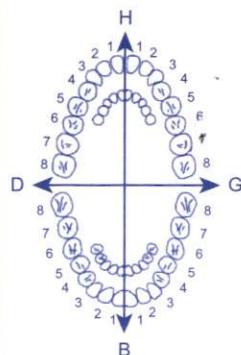
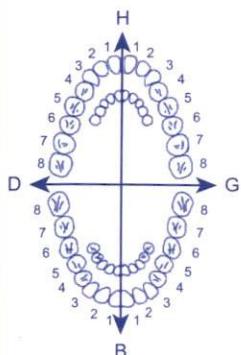
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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													
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				Coefficient DES TRAVAUX												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
DELEGATION MEDICALE EL HAJEB
C/SU AIN TAOUDATE

Ain Taoujdate : 29/06/2022

ORDONNANCE

Mⁿ

Rati A. Inw^s

4 48.50x2

Wh pur 20



UT. AV. :	00 24	P.P.V
LOT N° :	FE 4285	80,00

2 27.09

libour



LOT N° :	128016	37160
UT. AV. :	08 22	37 60



3 300g



82.09x2

jeune



20 v

388.1





Cacit® vitamine D3

Carbonate de calcium et Cholécalciférol

1000 mg/880 UI



Lot: 9101018
EXP: OCT 2022



6 118001 040070

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGAÜ 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 110 DH 10



**3
MÉD**

COMPOSITION :

Clidinium bromure (DCI) 2,5 mg

Chlordiazépoxide 5 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé dragéifié

Excipients à effet notoire :

Lactose et saccharose.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

Librax® 5 / 2,5 mg 

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT:21240 PER:08/2024
PPV:21,00 DH

Fabriqué sous licence **Meda**

par les laboratoires **Steripharma**

Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca

Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métasulfobenzoate sodique)
Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable
Ce conditionnement contient au total quatre cent milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 48DH50
PER : 12/24
LOT : K3425

b

bottU S.A.
82, Allée des Cévennes - Ain Seba - Casablanca
S. Lebouch - Pharmacien Responsable

100165
05/14

Cotipred®

prednisolone

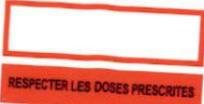
(métasulfobenzoate sodique)

20 mg

20 comprimés
effervescents
sécables

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescents sécables
6118000-041016

AMM N° 306 DMP/21/NCdP



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

12

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métasulfobenzoate sodique)
Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable
Ce conditionnement contient au total quatre cent milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 48DH50
PER : 12/24
LOT : K3425

b

bottU S.A.
82, Allée des Cèdres - Ain Seba - Casablanca
S. Lebouch - Pharmacien Responsable

100165
05/14

Cotipred®

prednisolone

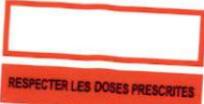
(métasulfobenzoate sodique)

20 mg

20 comprimés
effervescents
sécables

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescents sécables
6118000-041016

AMM N° 306 DMP/21/NCdP



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

12