

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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](http://www.mupras.com)

M22- 0006572

Optique ASI753  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AG88 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAOUZI NADIA

Date de naissance :

Adresse : 20 Avenue —

Tél. : 0664620159 Total des frais engagés : 47,80 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 : Casab Le : 22/12/22

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>HARMACHA</b> S, rue Abd El-Kader El-Maârif ex- Casablanca Tel : 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 18 66 10 01 abrise@gmail.com INPE : 09203724 0916000012	22-09-2014	47,20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	C
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four groups: upper central incisors (1), upper lateral incisor (2), upper canine (3), upper first molar (4), upper second molar (5), upper third molar (6), lower third molar (7), lower second molar (8), lower first molar (9), lower canine (10), lower lateral incisor (11), and lower central incisors (12). Each tooth is accompanied by a symbol representing its function: a circle with a cross for primary teeth, a circle with a dot for primary canines, a circle with a vertical line for primary molars, and a circle with a horizontal line for primary incisors. The arch is divided into four quadrants by a vertical H and a horizontal D-B line.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVI

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° 20230118-218

Date de vente : 22/12/2022

Médecin traitant :

MME NADIA FAOUZI

Maroc

Mle 7688 7

Produit	Qte.	P.U	TVA	Total
LEVOTHYROX CO 50µG B30 COMP SECA	1	13,40	TVA (7.00%)	13,40
FEBREX ST ADULTE SANS SUCRE B8 SACHETS	1	20,00	TVA (7.00%)	20,00
DOLIPRANE SU 1000MG B10 SUPPO	1	14,40	TVA (7.00%)	14,40

PHARMACIE LA BRISE  
38, rue Abou Abass El Azfi. Maarif ext. Casablanca  
Tél : 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 18 18 41 01  
@ paralabrise@gmail.com la brise parapharmacie  
ICE : 001688166000012 - INPE : 092037134

Total HT	44,67 DHS
TVA	3,13 DHS

Total : 47,80 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante-sept DHS et quatre-vingts centimes

EXP:  
Lot:  
Fab:

04/2025  
601J7F  
05/2022

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



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

# Doliprane®

PARACETAMOL

1000 mg

14 D H 40  
109428  
X 2438



VKT  
PALE  
PALE

b

b2, allée des Casuarinas - An Séba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

bottu™

Adulte  
à partir de 15 ans



DOULEURS  
FIEVRE

VOIE RECTALE  
10 SUPPOSITOIRES

# FERR-X®

## Sans Sucre

## Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



**8** Sachets de Granulés



**Pharmed**

Laboratoires Pharmaceutiques

*Sans Sucre*



**Voie Orale**

**PHARMED**

LOT : 1308  
UT.AV : 07-25  
PPV : 20DH00