

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

AS1734

**Déclaration de Maladie : N° P19-0000868**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1109 Société : RAO

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JABBAR YOUSSEF Date de naissance : 09.06.1973

Adresse :

Tél. : 066771178 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/12/2022

Nom et prénom de la malade : JABBAR JAD Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Anémie

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'affirme 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 le : .....

Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## 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

#### **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 12 2022	(1)		250,00 F	Docteur Ouadie BENDJELID Pédiatre Hôpital de la Shwartz enurége... ca... tel... 16 61 42 44 45 Appl N° 26 résis... 05 22 43 04 73

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAZZOUZ Hélissia Boulevard Casablanca 36 89 N°11 Rue 4 Mezoua Héliban 0522 93 36 89	12/12/2022	952,26

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

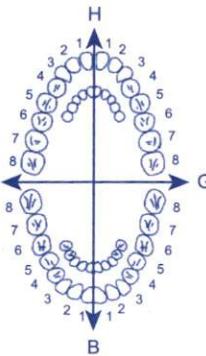
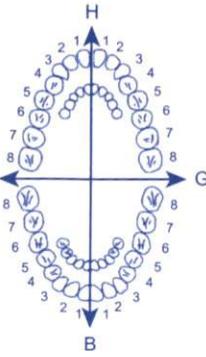
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 canalaire, 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"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
<b>TERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> <td></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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>								H	21433552		D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	21433552																		
D	00000000	00000000																	
B	00000000	00000000																	
G	35533411	11433553																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																			

**Dr. Ouadie BENNANI**

Pédiatre  
Homeopathe

Maladies des Enfants et Nourrissons

Lauréat de la Faculté de Médecine de Tours

Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France

Allergologie infantile et Asthme

Sur rendez-vous



**الدكتور وديع بناني**

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع  
والطب المثلثي

خريج كلية الطب ببور - فرنسا

طبيب الأطفال سابقًا بمستشفيات - فرنسا

أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

Casablanca, le  
0522 93 36 89  
Hôpital Hassan - Casablanca  
N°1, Rue A. Mezoula  
PHARMACEUTIQUE MIAZOLA  
Boulevard Bourguigne 159  
Casablanca 20200

٢٠٢٢ / ١٢ / ٢٤  
بالموعد

JABBAR JAH

١

FUNAFER

٦

Ferplex

٥

TETI → ٣٠ml

٣) D. C. E. F.

٥

٥٦٣

٩٥٢.٥

Docteur Ouadie BENNANI  
Pédiatre  
Homéopathe  
159, Bd Bourgogne Appt N° 26 Résid Shwar  
Casablanca Tél : 05 22 43 04 73  
GSM : 06 61 42 44 46

159 شارع بورجون الشقة رقم 26 إقامة شوان . الدراجيبيان . الهاتف: 05 22 43.04.73 . المحمول: 06 61 42.44.46  
159, Bd Bourgogne, Appt N° 26, Résid, Shwan Casablanca - Tél.: 05 22 43.04.73 / GSM : 06 61 42.44.46  
البريد الإلكتروني: bennaniouadie@gmail.com

# **FERPLEX® FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

# **FERPLEX® FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

# **FERPLEX® FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

# **FERPLEX® FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

# **FERPLEX® FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

# **FERPLEX® FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

18000 180371



100 comprimés

FUMAFER® 66 mg



Medicament autorisé N° : 833/16DMP/21/NRG  
ROCHES NOLLES CASABLANCA  
20-22, Rue Zoubeir Beno El Aouam  
Laboratoires SYNTHEMEDIC

فوجي فارما

100 قابس

(66 ملجم ٢٠٠ قابس)

فوجي فارما

كبسولة



PPV :

١٥٢

EXP :

Lot N° :

لیکار دیجیتال  
100 میل

(۱۰۰) ۶۶ نمودار ۷۰  
۲۰۰ میل

کنترل ۳

PPV:

EXP:

Lot N°:

25/10

**SMB**

N° : 279/20dmp/NRQd

3

2

1



par :

les

laboratoires

ERGO MAROC

Rue Parent,

Casablanca,

Moroc.



vitamine D3

cholécalciférol 25 000 UI

# D-CURE<sup>®</sup> AMPOULE

4 ampoules buvables

PPV: 56,30 DH

LOT: 22B23D

EXP: 02/2024

# **FERPLEX® FOL**

**40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable**

**Fer protéine succinylate + Calcium Folinate**

**Fabricant :**

**ITALFARMACO S.A.**

C/San Rafael 3, Polígono Industrial de  
Alcobendas. 28108 Alcobendas -Madrid.  
Espagne

**ABC Farmaceutici S.p.A.**

Sis à Localita San Bernardo-10090 Ivrea (To). Via  
Canton Moretti, 29. Italie

**Titulaire de l'AMM au Maroc**

Laboratoire pharmaceutique VERSALYA

Zone industrielle, Lot 149 Had Soualem. Maroc.

Dr N. KHALED Pharmacien Responsable

Médicament autorisé N° 270/2020/DMP/21/NRQd



**Versalya**

La femme et son enfant

# **FERPLEX® FOL**

**40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable**

**Fer protéine succinylate + Calcium Folinate**

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

**PPV : 94,00 Dhs**



**6 118001 440047**

# **FERPLEX® FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Fabricant :

**ITALFARMACO S.A.**

C/San Rafael 3, Polígono Industrial de  
Alcobendas. 28108 Alcobendas -Madrid.  
Espagne

**ABC Farmaceutici S.p.A.**

Sis à Localita San Bernardo-10090 Ivrea (To) - Via  
Canton Moretti, 29. Italie

**Titulaire de l'AMM au Maroc**

Laboratoire pharmaceutique VERSALYA

Zone industrielle, Lot 149 Had Soualem. Maroc.

Dr N. KH. LED Pharmacien Responsable

Médicament autorisé N° 270/2020/DMP/21/NRQd



**Versalya**

La femme et son enfant

# **FERPLEX® FOL**

40 mg/15 ml + 0,185 mg/15 ml solution buvable

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses,  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047

# **FERPLEX® FOL**

**40 mg/15 ml+0,185 mg/15 ml solution buvable**

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Fabricant :

**ITALFARMACO S.A**

C/San Rafael 3, Polígono Industrial de  
Alcobendas. 28108 Alcobendas –Madrid.  
Espagne

**A. Farmaceutici S.p.A.**

S. a Localita San Bernardo-10090 Ivrea (To). Via  
Canton Moretti, 29. Italie

**Titulaire de l'AMM au Maroc**

La fabrique pharmaceutique VERSALYA

Zone industrielle, Lot 149 Had Soualem. Maroc.

Dr N. KHALED Pharmacien Responsable

Médicament autorisé N° 270/2020/DMP/21/NRQd



**Versalya**

La femme et son enfant

# **FERPLEX® FOL**

**40 mg/15 ml+0,185 mg/15 ml solution buvable**

Fer protéine succinylate + Calcium Folinate

Boîte de 10 flacons uni-doses  
avec bouchon réservoir de poudre  
pour solution extemporanée.

PPV : 94,00 Dhs



6 118001 440047