

# 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.

## 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](http://www.mupras.com)

158660

## Déclaration de Maladie : N° S19- 0007664

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9390 Société : *BAJ*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *MARLOUAN SAID* Date de naissance : 31.01.1965

Adresse : *GHIM Toubly Dr. Apt 12 PRESTIGE DUFA - LISASSA*

Tél. : 06 11 89 20 93 Total des frais engagés : 160,50 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

#### Cachet du médecin :

*MUSTAPHA NAJI  
OMNIPRACTIONNISTE  
Ancien Médecin  
des Hôpitaux Militaires  
Casablanca  
Tél. 0522 65 07 04*

Date de consultation : 08/04/2013

Nom et prénom du malade : *Taghiaoui Rayane* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *ORL*

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 : *CASABLANCA*

Le : 21/04/2013

Signature de l'adhérent(e) : *C. NINA*

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin des Honoraires
08/06/2023	C		150.000	Dr. M. Naji Innirapaticien Ancien Médecin des Hôpitaux Militaires Extension n° 353 - Casablanca Tel: 0522 65 07 04

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA VALLEE Mohammed Amine ASK ot. Opération Lissasfa E7 59c Lissasfa ABLANCA - Tél: 05 22 89 53 50 ICE: 00205204800037	08/06/2023	300,50

INPE: 092038736

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	Coefficient des Travaux

## عيادة

طب الأطفال  
داء السكري - الكوليستيرونول  
ارتفاع الضغط الدموي - التخطيط الكهربائي للقلب  
أمراض الغدد / عقم الزوجين / أمراض المفاصل  
الطب النفسي - أمراض الجهاز العصبي



## الدكتور الناجي مصطفى

خريج المدرسة الملكية للصحة العسكرية بالرباط  
خريج كلية الطب بالرباط  
طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس

Casablanca, le : 08 AVR. 2023

Nom et Prénom : Marchandi Rayane

149,90 x 2

Argentini 500 1 - 1 78

34,70

Scout. 2 - 2 5

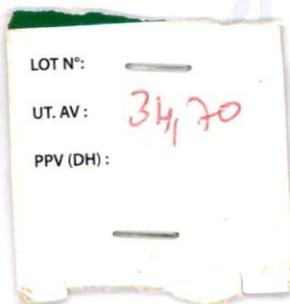
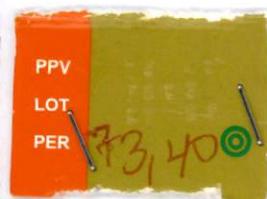
32,60

Musul 125: 1 (25) 3 78

43,40

Extm 5: 0 - 1 28

300,50



Dr. Mustapha NAJI  
Omnipraticien  
Ancien Médecin  
des Hôpitaux Militaires  
Lissasfa Extension n° 353 - Casablanca  
Tel: 0522 65 07 04

~~PHARMACIE LA VALLEE~~  
Dr. Mohammed Amine ASRI  
et C. Lissasfa E7 59c Lissasfa  
Tél: 0522 65 53 59  
0522 65 53 59

AMOXICILLINE ACV 500 mg / CLAVULANIQUE 62,50 mg

# AUCMENTIN

500mg/62,50mg

## enfant

◀ ..... sachet(s) ..... fois  
par jour à prendre de  
préférence au début des  
repas, pendant .....  
jours.

كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU : 79,90 DH

LOT : 650906

PER : 11/24



AMOXICILLINE ACV 500 mg / CLAVULANIQUE 62,50 mg

# AUCMERTIN

500mg/62,50mg

## enfant

◀ ..... sachet(s) ..... fois  
par jour à prendre de  
préférence au début des  
repas, pendant .....  
jours.

كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

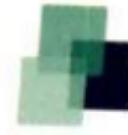
Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 79,90 DH  
LOT: 650906  
PER: 11/24



COOPER PHARMA



لیکھیت سوچیت ہے

لیکھیت سوچیت ہے

250 ml

لیکھیت سوچیت ہے



لیکھیت سوچیت ہے  
0,3%

لیکھیت سوچیت ہے

لیکھیت سوچیت ہے

PPV (DH) :

22,00

LOT N° :

UT. AV. :

موكسول

امیتربکسول

بدون سکر