

# 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 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 : 11161

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HILIA HAKIMA

Date de naissance : 11/01/1963

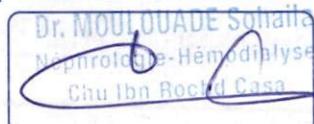
Adresse : 175 Bd BRAHIM Roudani Ap. 20  
Meknès

Tél. : 0661178650 Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/08/2023

Nom et prénom du malade : HILIA HAKIMA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : CASA

Le : 08/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : HILIA

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/09/2023		C. G	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>BAYT AL FATH</i> Al-Sabah Pharmacy 05 22 34 41 55 Fax : 05 22 06 24 62 e-mail : alisaf@yahoo.co	08/08/23	1198,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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'ORL.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Hôpital sans Tabac

Fumer tue

PHARMACIE BAYT AL FATH  
N° 0 Res. Bayt Al Fath Quartier Beausite  
Ain Sabea Casablanca  
Tel: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 60 24 62  
E-mail : alifaf@yahoo.com

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 08/08/2023

## ORDONNANCE

Docteur : .....

Mme Halkina Hélène

19,00 x 4

- Certanyp 5 mg (ou équivalent)  
ISone 5 mg  
1 cp le matin S2 RT Bnors.

50,70 x 3

- Cardecut 2,5 S2  
1 cp le matin } RT Bnors.

27,70 x 3

- cardio aspirine = 100 mg  
1 cp Temalim S2

14,00 x 2

- Doliprone 18 au Besoin S2 RT

15,30 x 2

- Itamide C (sans sucre)

1 cp/j

DR MOUAYAD Soraïda  
Néphrologie-Hémodialyse  
CHU Ibn Rochd Casablanca

222,00x2

- Augmentin 1 g. C

82,10x4

- I nexiun 20 mg.

56,60

- sti lno x

1 gélule le soir

10 (S)

1198,80

PHARMACIE BAYT AL  
N° 6 Rés. Hay Riad Casablanca  
Tél: 05 21 21 75 56 / 05 21 21 75 57  
www.pharmacie-bayt.com

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bno al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14 Cpr GR  
640/150MP/21NRQ PPV: 82,10DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bno al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14 Cpr GR  
640/150MP/21NRQ PPV: 82,10DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bno al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14 Cpr GR  
640/150MP/21NRQ PPV: 82,10DH  
6 118001 020591

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC 820  
PER: 04/2027

P.P.V: 56DHS

  
6 118000 061465

Dr. Moul OUANE Soufia  
Véphrologie et immunologie  
Ch. Ibn Rochd Casablanca

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bno al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640/150MP/21NRQ PPV: 82,10DH  
6 118001 020591

  
6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

  
6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

Vita C 1000®  
PPV 15DH30  
EXP 01/2026  
LOT 320461

Vita C 1000®  
PPV 15DH30  
EXP 01/2026  
LOT 320461

  
6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

LOT 231160 1

EXP 03 2028

PPV 19 00



إيزون  
بريدنورون

ISONE<sup>®</sup> 5 mg  
30 comprimés sécables



6 118000 020011

231160 1

03 2028

PPV 19 00



E<sup>®</sup> 5 mg  
primés sécables



3000 020011

T 231160

P 03 202

PPV 19 00



ONE<sup>®</sup> 5 mg  
comprimés sécables



118000 020011

LOT 231160 1

EXP 03 2028

PPV 19 00



ISONE<sup>®</sup> 5 mg



30 قرص قابل للتمر  
عن طريق الفم

إيزون  
بريدنورون

# AUGMENTIN

AMoxicilline-Acide Clavulanique

1g

Sachets

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

Lire la notice attentivement avant emploi.

مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الاكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 222,00 DH

LOT : 652150

PER : 05/25



Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

# AUGMENTIN

AMoxicilline-Acide Clavulanique

1g /125 mg

Sachets

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

Lire la notice attentivement avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الاكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 222,00 DH

LOT : 652150

PER : 05/25



Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

# Dol

Paracétamol

10 Comprimés sécables

PPV:14DH00  
PER:04/26  
LOT:M743



# Dol

Paracétamol

10 Comprimés sécables

PPV:14DH00  
PER:04/26  
LOT:M810



DOULEURS &

مع 100

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



حمض أسيتيل ساليسيليك



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

# Pharmacie BAYT AL FATH - Casablanca



Aliaa FASSI FIHRI

0522344753

RESIDENCE BAYT AL FATH N°6 AIN SEBAA , CASABLANCA

## Facture N° 20231102-562

Date de vente : 08/08/2023

Médecin traitant :

HAKIMA HLILA

CASA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
STILNOX CO 10MG B20 COMP SECA	1	56,60	TVA (7.00%)	56,60
INEXIUM CO 20MG B14 COMP MR	4	82,10	TVA (7.00%)	328,40
AUGMENTIN ST 1G/125MG B24 SACHETS	2	222,00	TVA (7.00%)	444,00
VITA C1000 CO SANS SUCRE B10 COMP EFFER REF 900188	2	15,30	TVA (7.00%)	30,60
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	2	14,00	TVA (7.00%)	28,00
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	3	27,70	Exonéré (0.00%)	83,10
CARDENSIEL CO 2.5MG B30 COMP	3	50,70	Exonéré (0.00%)	152,10
ISONE CO 5MG B30 COMP	4	19,00	Exonéré (0.00%)	76,00

Total HT	1 140,73 DHS
TVA	58,07 DHS
<b>Total</b>	<b>1 198,80 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : mille cent quatre-vingt-dix-huit DHS et quatre-vingts centimes

محلية بيت الفتح  
PHARMACIE BAYT AL FATH  
N° 6 Rés. Bayt Al Fath - Quartier Beausite  
Ain Sebaa Casablanca  
Tél : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 66 24 62  
E-mail : aliaaf@yahoo.com

Joujé es pe de