

## 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 :

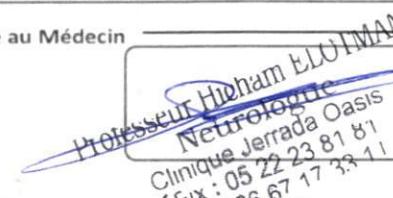
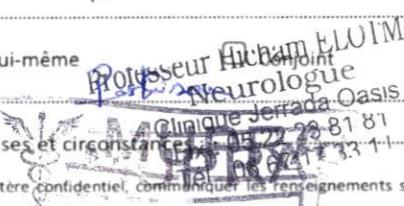
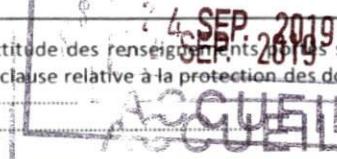
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9696	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Samadai Raich			
Date de naissance : 02/08/1963			
Adresse : 158, Lot ONA deroua			
Tél. :	0671762366	Total des frais engagés :	2811,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Age:	
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 apportés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à :	Le : / /		
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
09/09/19	CS	300,00 H.O.	300,00	INP: 6910323911 Fax: 05 22 23 84 81 Chambre Syndicale GASSI Hôpital Sainte Croix Nettoyer

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE M'SIK MARABOUT M'SIK Docteur Khadija Soudi Lot. Khadija 1000 - 102 - Beroua Gsm : 05 55 50 50 50	09/09/19	2514,00

INPE  
062084025

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

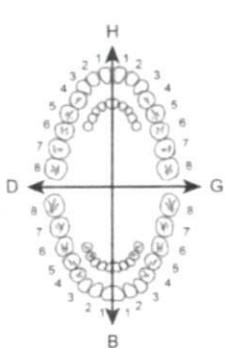
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION								
COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION								
 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	21433552	D	00000000	B	00000000	G	35533411 11433553
H	21433552										
D	00000000										
B	00000000										
G	35533411 11433553										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION									



Casablanca, le

09-09-19

Dr Smaoui Laidi

419,- x 6

Stalero 150 mg

$$\frac{2}{1.9} + 5 \frac{1}{2}$$


298,- x

Madopar 250 mg

$$\frac{3}{3.4} + 3 \frac{1}{2}$$


$$T = 3110,-$$

3 mois

~~Professeur Hicham ELJIMANI  
Neurologue  
Clinique Jerrada Oasis  
Fix : 05 22 23 81 81  
Tél : 06 67 17 33 11~~

**PHARMACIE BEN M'SIK**  
MAROUANE MSIK  
Docteur En Pharmacie  
Lot. Khadija Bd. Oum Rabiaa - Deroua  
Gsm : 05 22 53 20 58

# Pharmacie ben msik

N° de facture : 152

Client : Laidi Samaoui

Date : 19/08/2019

Médicament	Nombre	P.U	Total
Slalevo 150	6	419.00	2514.00
Total			2514.00

Patente : 55805700

Adresse : Lot khadija Deroua

INPE  
062084025  
PHARMACIE BEN M'SIK  
MAROUANE MSIK  
Docteur En Pharmacie  
Lot. Khadija Bd. Oum Rabiaa - Deroua  
Gsm : 05 22 53 20 58

**STALEVO 150/37.5/200 mg**

Boîte de 30 comprimés pelliculés  
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة | يصرف فقط بموجب وصفة طبية

**EVO 150/37.5/200 mg**

de 30 comprimés pelliculés  
PPV : 419,00 DH



118001 030736

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة | يصرف فقط بموجب وصفة طبية

**STALEVO 150/37.5/200 mg**

Boîte de 30 comprimés pelliculés  
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة | يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/  
صاحب الرخصة في البلد الأصلي  
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/  
نوفارتيس فارما شفافيس آ.ج.، ريش. سويسرا  
Titulaire de l'AMM au Maroc/  
صاحب الرخصة في المغرب  
Novartis Pharma Maroc /  
نوفارتيس فارما المغرب  
Fabriqué par/  
يصنع من طرف  
Orion Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/  
أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلندا

e l'AMM dans le pays d'origine/  
صاحب الرخصة في البلد الأصلي  
harma Schweiz AG, Risch. Suisse/  
نوفارتيس فارما شفافيس آ.ج.، ريش. سويسرا  
e l'AMM au Maroc/  
صاحب الرخصة في  
harma Maroc /  
نوفارتيس فارما ماروك  
ar/  
يصنع من

oration, Orion Pharma Espoo Finlande/  
أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلندا

aire de l'AMM dans le pays d'origine/  
صاحب الرخصة في البلد الأصلي  
rtis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/  
نوفارتيس فارما شفافيس آ.ج.، ريش. سويسرا  
laire de l'AMM au Maroc/  
صاحب الرخصة في المغرب  
rtis Pharma Maroc /  
نوفارتيس فارما ماروك  
iqué par/  
يصنع من  
n Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/  
أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلندا

**STALEVO 150/37.5/200 mg**

Boîte de 30 comprimés pelliculés  
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

**RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة | يصرف فقط بموجب وصفة طبية

**EVO 150/37.5/200 mg**

de 30 comprimés pelliculés  
PPV : 419,00 DH



118001 030736

**RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة | يصرف فقط بموجب وصفة طبية

**STALEVO 150/37.5/200 mg**

Boîte de 30 comprimés pelliculés  
PPV : 419,00 DH



6 118001 030736

**RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة | يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/  
صاحب الرخصة في البلد الأصلي  
Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/  
نوفارتيس فارما شفافيس آ.ج.، ريش. سويسرا  
Titulaire de l'AMM au Maroc/  
صاحب الرخصة في المغرب  
Novartis Pharma Maroc /  
نوفارتيس فارما المغرب  
Fabriqué par/  
يصنع من طرف  
Orion Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/  
أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلندا

e l'AMM dans le pays d'origine/  
صاحب الرخصة في البلد الأصلي  
harma Schweiz AG, Risch. Suisse/  
نوفارتيس فارما شفافيس آ.ج.، ريش. سويسرا  
e l'AMM au Maroc/  
صاحب الرخصة في  
harma Maroc /  
نوفارتيس فارما ماروك  
ar/

江山  
oration, Orion Pharma Espoo Finlande/  
أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلندا

aire de l'AMM dans le pays d'origine/  
صاحب الرخصة في البلد الأصلي  
rtis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/  
نوفارتيس فارما شفافيس آ.ج.، ريش. سويسرا  
laire de l'AMM au Maroc/  
صاحب الرخصة في المغرب  
rtis Pharma Maroc /  
نوفارتيس فارما المغاربة  
iqué par/  
يصنعن من  
n Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/  
أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلندا