

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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 de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0025807

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1445 Société : RAO
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraite
Nom & Prénom : Rich Abderrahmane
Date de naissance : 02/06/1937
Adresse : Hay Nardarnerma 14 n° 185 Annick
Casablanca
Tél. : 0698988267 Total des frais engagés : 1438,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. H. SAËTI
ح. س. س. س.
Hepato - Gastro - Enterologie

Date de consultation : 21/10/2019
Nom et prénom du malade : Harra K Fatima Age : 65 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : maladie médicale chronique
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.

22 OCT. 2019

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 : 21/10/2019


Signature de l'adhérent(e) :

A. Rich

RELEVÉ 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
21/10/19	CS G.A.H.E			Dr. H. S. Hepato - Gastro - Entérologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.10.19	1438,82€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

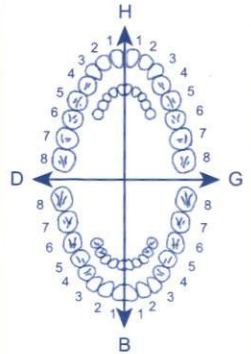
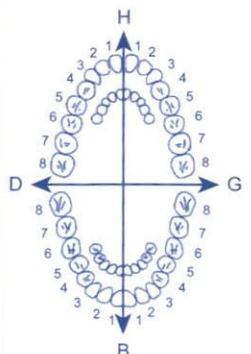
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

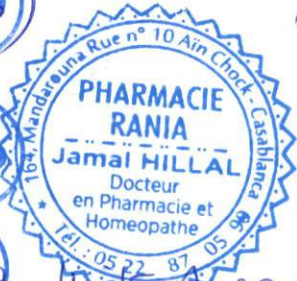
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Le: 21/10/19

ORDONNANCE

N° Harnak Fatima ep Rich

- 1/ Diamicon 60 (boîte 60) (N° 7) 55,90
2cp/j le matin
- 2/ Gluco phag 1000 (N° 1) 84,00
1cp x 2/j
- 3/ Drogat 100 (N° 1) 149,10
1cp/j
- 4/ ~~20~~ 20 (boîte 60) (N° 2) + (boîte 28) N° 1 99,00
280,00
1cp/j
- 5/ levotyrox 100 (N° 4) 97,16
1/4 cp/j
- 6/ Simvacol 40 (N° 1) 73,60
1cp/j le soir
- 7/ Carteol Ld collagre (N° 1) 84,90 75vle →
1saute/j



8/ Delignipe

2010

1 Sachet x 25



1438,8

~~DR. H. SAAT~~
~~Hepato - Gastro - Endocrinologie~~



78,70

78,70

78,70

78,70

78,70

78,70

78,70

07/2022
600608
07/2019

EXP:
Lot:
Fab:

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



Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

07/2022
600608
07/2019

EXP:
Lot:
Fab:

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



Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

07/2022
600608
07/2019

EXP:
Lot:
Fab:

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



Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

07/2022
600608
07/2019

EXP:
Lot:
Fab:

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



Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

OEDES 20mg

~~54 gélules~~



6 118000 082026

Oméprazole.....20mg
Excipients.....qsp 1 gélule
Excipients à effet notoire : Saccharose
AMM n° 322DMP/21/NNP



COOPER
PHARMA

Fabriqué par COOPER PHARMA
41, Rue Med Diouri. 20 110 Casablanca
Amina DAOUDI : Pharmacien responsable

LOT: 181764
PER: 08-21
PPV: 140,00DH

OEDES 20mg

~~54 gélules~~



6 118000 082026

Oméprazole.....20mg
Excipients.....qsp 1 gélule
Excipients à effet notoire : Saccharose
AMM n° 322DMP/21/NNP



COOPER
PHARMA

Fabriqué par COOPER PHARMA
41, Rue Med Diouri. 20 110 Casablanca
Amina DAOUDI : Pharmacien responsable

LOT: 181764
PER: 08-21
PPV: 140,00DH

28,00

28,00

28,00

73,40

CART EOL L.P. 2%
Collyre 3ml

LOT/عقار M3723
FAC/تاريخ الصلاحية 09-2018
EXP/تاريخ انتهاء الصلاحية 09-2020

ZENITH PHARMA
PPV : 84.80 DHS
AMM N° 61/13 DMP/2 ANRQ

84,90

LOT 171275

EXP 07/2020

PPV 99.00DH

PPV:20DH00
PER:02/22
LOT:1528

199,20

PPV 143DH20
PER 04/22
LOT 1908