

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-796963

158980

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : ..... *RAM*

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ..... *Gotmi Niche*

Date de naissance : .....

Adresse : .....

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ..... *Gotmi Seltana* Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ..... *Vaccination*

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AL-MAALI</b> par My Rachid Groupe 6 45 Rue V - Casablanca 05 22 71 72 20		

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

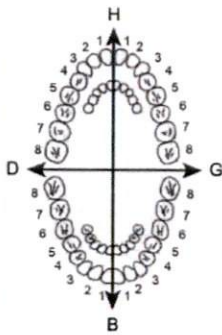
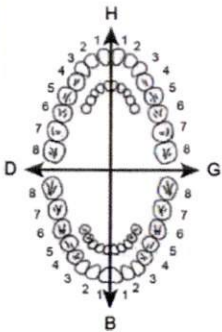
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

A Casa / Le 25/04/23



GOTNI Sultana

1- Newactra vaccin  
1 amp en IN

2- vit D B.O.N 200.000 UI  
1 amp à boire

N'S

N'S  
aup  
brv

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
MENACTRA 0,5 ML SOL  
INJ 1FL  
PPV: 734,00 DH



HARMACIE AL-MAAL  
Hay My Rachid Groupe G  
N° 45 Rue V. Casablanca  
Tél: 05 22 71 72 30



# Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

CHOLÉCALCIFÉROL / CHOLECALCIFEROL / كوليكالسيفيرول

1 ml محلول للحقن العضلي وللشرب / Oral and IM injectable solution / Solution injectable IM et buvable

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml  
فيتامين D3 بون 200 000 وحدة دولية/1 مل



54000440

Lire attentivement la notice,  
avant utilisation.  
Voie orale ou injection I.M.  
Tenir hors de la vue et  
de la portée des enfants.  
A conserver à une température  
inférieure à 25°C  
et à l'abri de la lumière.

Read the leaflet carefully  
before use.  
Oral use or I.M. injection.  
Keep out of the sight and  
reach of children.  
Store below 25°C and away from light.

رقم مقرر التسجيل DE n° 269/14H 095/97/15

يجب قراءة النشرة المرفقة قبل الاستعمال  
عن طريق الفم أو الحقن في العضل.  
يحفظ بعيداً عن مجال بصر  
الأطفال وعن متناول أيديهم.  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C  
بعيداً عن الضوء.

Ⓡ



BATCH MAN 0422

HP428 EXP 0326

**Vitamine D3 B.O.N.<sup>®</sup> 200 000 UI/1 ml**

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تقيد تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II **لائحة**

**ZENITH Pharma**

**AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR**



**PPV: 20,90 DH**

Titulaire de la décision d'enregistrement /  
MA holder / صاحب مقرر التسجيل



**BOUCHARA-RECORDATI**

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE

Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنع

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard

26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

**Vitamine D3 B.O.N.<sup>®</sup>  
200 000 IU/1 ml**

in 1 ml ampoule

**Composition :**

Cholecalciferol (vitamin D3) 200 000 IU

Medium-chain triglycerides qs 1 ml

**Vitamine D3 B.O.N.<sup>®</sup>  
200 000 UI/1 ml**

en ampoule de 1 ml

**Composition :**

Cholecalciferol (vitamine D3) 200 000 UI

Triglycérides à chaîne moyenne q.s. 1 ml

**فيتامين D3 ب.و.ن.<sup>®</sup>  
200 000 وحدة دولية/1 ملل**

في أنبولة سعة 1 ملل

**التركيب**

كوليالكاليفيرول (فيتامين D3) 200 000 وحدة دولية

ثريغليسيريدات متوسطة السلسلة كمية كافية لعادة 1 ملل

(12)

2