

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

M22- N° 001556

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8160 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MJAT, BOUASTA  
Date de naissance : 10.03.1982  
Adresse : Oulfa 109 RA  
Tél : 0662 556 40 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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.

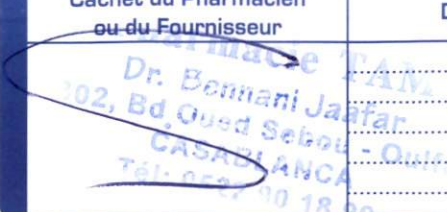
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : 10/05/2023  
Signature de l'adhérent(e) : .....

# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		4790

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

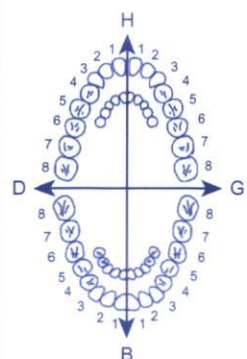
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

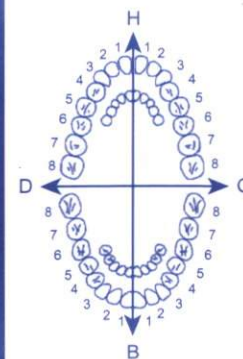
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



Pharmacie TAM  
Dr. Bennani Jaafar  
302, Bd Oued Sebou - Oulfa  
CASABLANCA  
Tél: 0522 90 18 99

10.10.2023

MJATI Fousia

Le		B.L.N°	Paiement		FACTURE N°	
Quantité	Désignation	Prix unitaire			Total	
1	luthy 100	24,40			24,40	
1	Anse c	23,50			23,50	
<p>Pharmacie TAM Dr. Bennani Jaafar 302, Bd Oued Sebou - Oulfa CASABLANCA Tél: 0522 90 18 99</p>						
Arrêté la présente facture à la somme de						47,90

Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé

37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250,  
64293 DARMSTADT  
Allemagne



Levothyrox® 100 µg.

Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur ordonnance

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Ce médicament contient un vasoconstricteur.  
Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 15 ans.  
Ne pas associer à un autre vasoconstricteur (voie orale ou nasale). Ne pas dépasser 4 jours de traitement.  
Ne pas dépasser 3 comprimés/jour et 1 gélule/nuit par 24 heures.

Fabrique sous licence **URGO** par  
Les laboratoires **STERIPHARMA**  
Z.I. Lina, N°347 Sidi Mahrour/Casablanca  
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable



HUMEX RHUME

COMPRIMÉS et GÉLULES



**COMPOSITION POUR UN COMPRIMÉ (pour le jour) :**  
Paracétamol  
Chlormydrate de pseudophédrine  
500,0 mg 60,0 mg  
**COMPOSITION POUR UNE GÉLULE (pour la nuit) :**  
Paracétamol  
Maléate de chlorphéniramine  
500,0 mg 4,0 mg  
**FORME PHARMACEUTIQUE ET CONTENU :** Comprimé et gélule.  
Boîte de 12 comprimés et 4 gélules.  
**MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :** Voie orale.  
**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.**  
**MISES EN GARDE SPECIALES :**  
Une possibilité de somnolence est à signaler aux conducteurs de véhicules après absorption de la gélule nuit.  
**PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :**  
Ce médicament doit être conservé à l'abri de l'humidité.  
**CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :**  
Médicament non soumis à prescription médicale.

N° D'AMM: 10 DMP/21/NCN  
LOT: 22184 PER: 12/2025  
PPV: 23,50 DH