

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 054810

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8462 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HAITI Mohamed  
Date de naissance : 23.08.1961  
Adresse : HABITUELE  
Tél. : 0683253800 Total des frais engagés : 54,00 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 : .....

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) : .....



# 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

4

09

2023

5400

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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

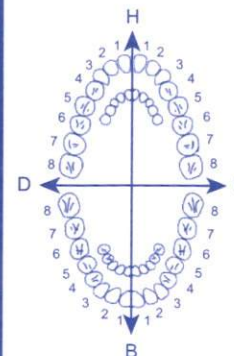
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

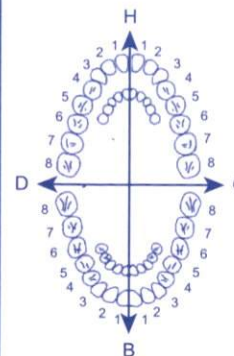
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 RIAD AL ANDALOUS

37 bis rue 19 andalous 5 polo

DOCTEUR EN PHARMACIE  
IF 51310622

R.C :308828

Patente:34911394

T.V.A :

C.N.S.S:6413140

Tél :0522500176

Le 04/09/2023

**FACTURE N°328894**

N° ICE : 499950000064

HAITI MOHAMED

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	ASKARDIL 75MG B/30 CPS	22,40	22,40		
2	DOLIPRANE 500 EFF	15,80	31,60	2,07	7,00
<div>Pharmacie RIAD AL ANDALOUS 37 Bis, Rue 19 - ANDALOUS Tél: 02250.01.76 CASABLANCA</div>					
TOTAL T.T.C :					54,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	31,60	Montant :	2,07	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinquante Quatre Dirhams.

• un autre médicament à base de ticlopidine ou clopidogrel  
 • un autre médicament à base de benzbromarone

le lévothyroxine  
 smetrexed (médicament)  
 aggrégation (médicament)  
 recommandé d'attendre  
 s'abstenir si vous prenez  
 ns avec les aliments  
 évitée pendant la grossesse  
 et l'allaitement  
 laillez, si vous prenez  
 s'abstenir avant de prendre  
 rine (acide acétylsalicylique)  
 es médicaments  
 nt toute la grossesse  
 ne à faibles doses  
 ssistant une surveillance  
 onnance de votre médecin  
 ar mesure de prévention  
 médecin spécialiste  
 osseuse (jusqu'à la fin)  
 sauf si c'est abstrus  
 s faible possibilité  
 ois jusqu'à la fin  
 contre-indiqué, vous  
 nt avoir des conséquences  
 ème avec une surveillance  
 alors que vous avez  
 e surveillance adéquate  
 naternel, ce médicament  
 u à votre pharmacien  
 ammatoires non stériles  
 enceinte, de faibles  
 esse ou si vous avez  
 in véhicule ou à l'extérieur

12-165-12

30  
 75

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40  
 EXP 05/2025  
 LOT 31004 2

Utilisation chez les enfants et les adolescents  
 Sans objet.  
 - « La barre de cassure n'est pas destinée à briser le surdosage ou en cas d'ingestion accidentelle »  
 Prévenez rapidement votre médecin, en particulier s'il y a des bourdonnements d'oreille, une sensation de balancement dans les cas plus graves de la fièvre, une hypoglycémie, une chute rapide de la tension artérielle, une respiration difficile.  
 Si ces signes surviennent, vous devez arrêter immédiatement le médicament et vous rendre à l'hôpital pour que vous y soyez traité.  
 Un oedème du poulmon non lié à une insuffisance chronique avec l'aspirine. Cet oedème peut être mortel.  
 - Si vous oubliez de prendre ASKARDIL® (Conduite)  
 Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose oubliée.  
 Continuez votre traitement normalement et prévenez votre médecin.  
 - Si vous arrêtez de prendre ASKARDIL® (Risque de saignement)  
 Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament ou pharmacien.

#### 4 - QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS

Comme tous les médicaments, ASKARDIL® peut provoquer des effets indésirables. Les effets indésirables suivants peuvent survenir :  
 • douleurs abdominales, difficultés de digestion, brûlures, inflammation de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum, ulcération de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum

16 أقراص فوارة

دوليبيران®  
 باراسيتامول 500 ملغ

الأوجاع و الحمى

من 27 كغ

15,80

PPV 15DH80  
 PER 01/26  
 LOT M026  
 S 2

16 أقراص فوارة

دوليبيران®  
 باراسيتامول 500 ملغ

من 27 كغ

15,80

PPV 15DH80  
 PER 01/26  
 LOT M030  
 S 2

• un anticoagulant oral (aspirine)  
 l'estomac ou du duodénum.

• pas prendre  
 fluidifier le sang) si vous avez un

que :  
 nt d'ulcère de