

## **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'antécision sont à joindre à la feuille de soins.

Bácskai

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

- Pour le

- 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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-811203

✓ 1203 174435

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7062	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		MAAD M. AYRAM	
Date de naissance :		12-11-1957	
Adresse :			
Tél. :	0675156962	Total des frais engagés :	Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	 <b>Dr. AIT L'HOU Haja</b> Médecin Interne CHU-Agadir		
Date de consultation	 <i>26/08/03</i>		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	 <i>Phenylkysteine</i>		
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 : ..... / ..... / .....

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
24/08/13			CG	INPR: AIT LHOU Hajar Médecin Interne CHU Agadir

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR M. L'ISLE</i>	<i>26/08/23</i>	<i>185,20</i>

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>																		
DÉBUT D'EXÉCUTION				<input type="text"/>																		
FIN D'EXÉCUTION				<input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000		00000000	D			00000000		00000000	35533411			B	11433553		<input type="text"/>
	H	25533412	21433552																			
	00000000		00000000																			
	D																					
	00000000		00000000																			
	35533411																					
	B	11433553																				
	[Création, remont, adjonction]																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>																		
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>																		
DATE DE L'EXÉCUTION				<input type="text"/>																		



## ORDONNANCE

Date : ٢٤/٠٩/٢٣

Nom et prénoms : Dr. Hocine

- 1) Antidiol a/c 2 gpt x 3/j rest 15/  
2) Carbosy lame gel 2 gpt x 3/j rest 15/  
3) Wedolima 2 gpt x 3/j rest 7/j

Dr. AIT LHOU Hajar  
Médecin Interne  
CHU-Agadir

185.20



# PHARMACIE ENNAHDA

AV MY SMAIL CITE NAHDA

R.C :123587

Patente:898899889

T.V.A :52360

C.N.S.S:54540021

Banque:123456789012345678901234

Tél :0528825045

Le 01/09/2023

## FACTURE N°150888

N° ICE :

N° IF : 89989898989

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	CARBOSYLANE CO 96G GM	74,00	74,00	4,84	7,00
1	CODOLIPRANE CO	22,20	22,20		
1	ANTIDOL CREME	89,00	89,00		

PHARMACIE ENNAHDA  
MUR NOUAR FATHIA  
Dr. SM Ismail - AGADIR  
Tél. 0528 82 50 45

**TOTAL T.T.C :**

**185,20**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	74,00	Montant :	4,84	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cent Quatre-vingt Cinq Dirhams et 20 centimes.

6 800256 121153

PPC : 89,00 DH  
Lot : CIX50  
Date de péremption :  
08/2025

Tube 60 gr



Relaxe

Apaise

ANTIDOL  
Gel



## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est indiqué chez l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans dans le traitement symptomatique des états dyspeptiques (digestion difficile) et du météorisme (ballonnement intestinal).

يوصى هذا الدواء لدى البالغين والأطفال فوق سن 6 سنوات لعلاج أعراض عسر الهضم (الهضم الصعب) والانتفاخ المعي.

عن طريق الفم.

## MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Unité de prise : 2 gélules jumelées (bleue et rouge).

جرعة الواحدة : 2 كبسولات (واحدة زرقاء وواحدة حمراء)

اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

Lire la notice intérieure avant utilisation.

## MISE EN GARDE SPECIALE :

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

يحفظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.  
لا توجد احتياطات خاصة للحفظ.

## PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :

Pas de précautions particulières de conservation.

## FABRICANT :

"Laboratoires GRIMBERG SA

ZA des Boutries - Rue Vermont - 78704 Conflans-Sainte-Honorine Cedex - FRANCE"

## TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ AU MAROC :

Laboratoires SOTHEMA - B.P. N° 1, 27182 BOUSKOURA – MAROC

Sous licence des LABORATOIRES GRIMBERG SA

AMM MAROC N°: 261R1/20/dmp/NRQad

MEDICAMENT NON SOUMIS A PRESCRIPTION MEDICALE.

دواء يصرف دون وصفة طبية.



LOT: 117  
EXP: 12-2025



Laboratoires  
**GRIMBERG**

# Codoliprane®

Paracétamol / Codéine

400 mg / 20 mg

16 Comprimés sécables

PPV: 22DH30  
PER: 01/25  
LOT: M145



Adulte