

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIKE 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 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

- 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° W21-786366

Par  
Par

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3166			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : IBRAHIMI ABDELLAH F			
Date de naissance : 01 - 01 - 1946			
Adresse : n° 34 , Rue Anoual Hay Farah FES			
Tél. : 0882 56 3642		Total des frais engagés : 840.60 Dhs	

Autorisation INDIVIDUELLE : 215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin		
Date de consultation			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Fes

Le : 17 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-786366

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3166  
 Nom de l'adhérent(e) : IBRAHIMI ABDELLAH F  
 Total des frais engagés : 840.60 Dhs  
 Date de dépôt :

### 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 Remboursement des Actes
10/08/23			300,00	INP : 11111111 10

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PARISIENNE TELEF. 05 15 52 71 00	10/08/23	571,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

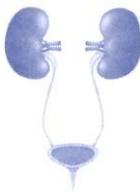
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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. PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	G	00000000
	B	35533411		11433553
				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 REVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mohammed FADL TAZI

Chirurgien Urologue  
Professeur de l'enseignement  
Supérieur

CHU Hassan II - Fès



البروفيسور محمد فضل التازي

أستاذ التعليم العالي في جراحة  
الكلية والمسالك البولية

المركز الإستشفائي الجامعي  
الحسن الثاني - فاس

Fès Le : 17/08/2011 فاس في :

M<sup>-</sup> IBRAHIM;

Absolutif

(1) Flotron SV

Alj lec.

② Tadelli 5

PHARMACIE PARAH  
Dr. YAHIAOUI RACHID  
13 AV. EL AYACH  
TEL: 053 44 16 27 / 053 44 04 48  
C.A.N.D.I.U.C. N.D.U.R  
H.G.R.E K.E.P.M.A. T.M. T.A. C.O.D. T.M. T.A. C.O.D.  
C.N.: 06 61 23 72 11

③ Newport SV 16

use 25 fl + 10

Floroule long

Tél : 06 61 23 72 11

541/6 E-mail : tazifadi@yahoo.fr

PROFESSOR MOHAMMED FADL  
Chirurgien Urologue  
Hassan II - Fès

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

AMM N° 62 DMP/11



مخابر المستحضرات الصيدلية للشمال إفريقيا - 21، زنقة الأودية - الرازيبيتة - المغرب  
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

NEOFORTAN®  
10 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS 160 mg



6 118000 031697

ملغم 160

10 أقراص  
فاندة

فلوروجلوسينول

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 12/2025  
LOT 2D023 9



02/2016-C

Composition par comprimé:  
Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg  
Excipient à effet notoire: Lactose  
Excipients q.s.p un seul comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi : Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**FLOTRAL® 10 mg**  
30 comprimés à libération Prolongée  
Voie orale  
6 1118001300150



**FLOTRAL®**  
Alfuzosine  
10 mg  
30 Comprimés à Libération Prolongée  
Voie orale



02/2016-C

**Composition par comprimé:**  
Alfuzosine chlorhydrate ..... 10 mg  
**Excipient à effet notable:** Lactose  
Excipients q.s.p un seul comprimé.

**Indications, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi :** Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.  
**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants**

**FLOTRAL® 10 mg** C  
30 comprimés à  
libération Prolongée  
Voie orale



6118001300150

**FLOTRAL®**  
Alfuzosine

10 mg

**30 Comprimés à  
Libération Prolongée  
Voie orale**



5-70712

ଶ୍ରୀମଦ୍ଭଗବତ

PPV:147 DH 60

يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.

GTIN: 16118001300157  
Lot No: PT0161A  
EXP.: 04/2024  
S.N.: AE031746719642



