

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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

W21-839962

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8784 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MERZAK RACHID

Date de naissance : 25-05-1969

Adresse : A. 95551

Tél. : 0642112246 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/01/2024

Nom et prénom du malade : MERZAK RACHID Age : 53 ans

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

Nature de la maladie : Infection urinaire

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 : Casa Le : 27/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

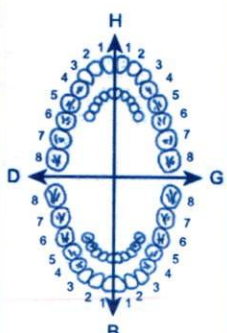
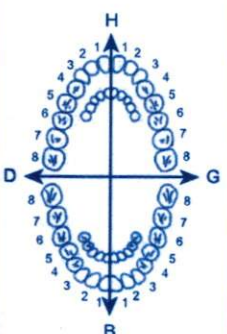


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/01/24	consultation	C1	150 dh	Dr. <b>YAS EL MORABET</b> Médecin Généraliste N° 40, Lot. Jamaa RDC Tnine chtouka Tel.: 0666 82 21 51

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HAMDI LOT JAMA Tnine Chetouka Tel: 05 23 39 90 43	27-01-24	678 dh

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.					
<b>Important :</b> 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411              B           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <div>             MONTANTS DES SOINS              DEBUT D'EXECUTION              FIN D'EXECUTION           </div>



Dr. El morabet Ilyas  
MEDECIN GENERALISTE

N 40, LOTISSEMENT JAMAA RDC, TNINE CHTOUKA  
+212666822151 - ILYASELMORABET95@GMAIL.COM

PATIENT: Mezah Rachid

DATE: 27/04/2024

PRESCRIPTION

OBSERVATION

52. 10x2  
92. 10x3  
① Libipron 500 **SV SP**  
147. 500x4 x 2 1/2 j pelt 6 semaines  
② Iprost 10 — **SV SP**  
1cp / j le soir avant  
le coucher pelt 2 mois

PHARMACIE EL HAMDI  
Dr. LOUCHE YASSIR  
5 et 6 Centre Tnine Chtouka  
Tel : 05 23 39 90 13

~~Large handwritten X mark across the observation section.~~

Dr. Ilyas EL MORABET  
Médecin Généraliste  
N° 40, Lot. Jamaa RDC  
Tnine chtouka  
666 82 21 51



500 ملغ

# إيبيروكس

سيبروفلوكساسين

Ubiprox 500mg

20 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410195

LOT: M1180

PER: 10/2025

PPU: 92,50DH

مضاد حيوي واسع الطيف  
عن طريق الفم

قرص ملبس

20

مختبرات ديفا للصيدلة

ج. واجدي صيدلي مسؤول

146-147 المنطقة الصناعية نبط مليل - الدار البيضاء

Deva

إيبيروكس

500 ملغ

سيبروفلوكساسين

مضاد حيوي واسع الطيف

عن طريق الفم

20

قرص ملبس

500 ملغ

# إيبيروكس

سيبروفلوكساسين

Ubiprox 500mg

10 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410188

LOT: M1176  
PER: 10/2025  
PPV: 52,80DH



مضاد حيوي واسع الطيف  
عن طريق الفم

10 أقراص ملبسة

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. واجدي صيدلي مسؤول

146-147 للنطقة الصناعية بطنانيل - الدار البيضاء

Deva

إيبيروكس

500 ملغ

سيبروفلوكساسين  
مضاد حيوي واسع الطيف عن طريق الفم

10 أقراص ملبسة


Code: AC2 - 00197

500 ملغ

# إيبيروكس

سيبروفلوكساسين

Ubiprox 500mg

20 Comprimés   
Deva Pharmaceutique



6 118000 410195

LOT: M1114  
PER: 07/2025  
PPV: 92,50DH

مضاد حيوي واسع الطيف  
عن طريق الفم

قرص ملبس

20

مختبرات ديفا للصيدلة

ج. واجدي صيدلي مسؤول

146-147 المنطقة الصناعية نطاميل - الدار البيضاء

Deva

إيبيروكس

500 ملغ

سيبروفلوكساسين

مضاد حيوي واسع الطيف  
عن طريق الفم

قرص ملبس

20

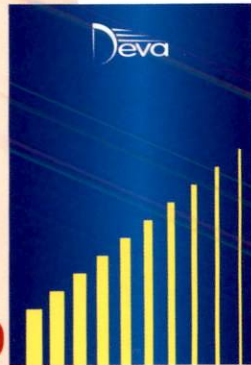
# إبيروكس

سيبروفلوكساسين

LOT: M1176  
PER: 10/2025  
PPV: 52,80DH

مضاد حيوي واسع الطيف  
عن طريق الفم

أقراص ملبسة 10



إبيروكس

500 ملغم

سيبروفلوكساسين

مضاد حيوي واسع الطيف عن طريق الفم

أقراص ملبسة 10

Code: AC2 - 00197

مختبرات ديفا للصي  
ج. واجدي صيدلي مسؤول  
146-147 المنطقة الصناعية نبط مليل - الدار البيضاء

# إبيبروكس

سيبروفلوكساسين

LOT: M1174

PER: 09/2025

PPV: 92,50DH

مضاد حيوي واسع الطيف  
عن طريق الفم

قرص ملبس

20

Deva

إبيبروكس 500 ملغ

سيبروفلوكساسين

مضاد حيوي واسع الطيف  
عن طريق الفم

قرص ملبس

20



0195

مختبرات ديفا  
ج. وأجدي صيدلي  
146-147 المنطقة الصناعية نبطمايل - الدار البيضاء



# **IPOST LP 10 mg**

CHLORHYDRATE D'ALFUZOSINE

P P V 147.50 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

**30** comprimés à libération prolongée

Voie orale

# **IPROST LP 10 mg**

CHLORHYDRATE D'ALFUZOSINE

PPU 147.50 DH

**30** comprimés à libération prolongée

Voie orale