

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 051229

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 230 Société : 532650

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

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 : 10/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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												
			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>												
			<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>												
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
D 00000000	35533411	00000000	11433553												
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>													
		<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>													

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 14 / 0038898</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 / 0038898

DATE DE DEPOT

/...../201.....

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 230	Signature de l'adherent 
Nom & Prénom		ARRIF Mohamed	
Fonction	Retraité	Phones 0522577607	
Mail			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient Mohamed	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age 88		Date 01-02-2020	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CS		300,00 DH	
<b>PHARMACIE</b>		Date 07/02/2020	
Montant de la facture		<b>PHARMACIE DU CHEMIN VERT</b> <b>Dr. de COUDENHOVE</b> 136, rue du Chemin Vert - 75011 Paris Tél : 01 47 00 76 52 75 2 033316	
26,22€		u.s. 20	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Casablanca, le 01-02-2020

M<sup>re</sup> AARIF محمد

22.60 x 2

TOPIRAMATE 25 mg



1 — 0 — 0

(7j)

1 — 0 — 1

1 — 1 — 1

3 mois

~~Professeur Hicham ELJAMALI~~  
Neurologue  
Clinique Jerrada Oasis  
Fix : 05 22 23 81 81  
Tél : 06 67 17 33 11

PHARMACIE IBN EL MOUAZ  
100 BORDJ BOUABID  
DAMILA V RUE 165 165 165  
CASA TEL 022 58 53 42

Lot: PL1335A  
Per: 12/2022  
PPV: 22DH60



Lot: PL1335A  
Per: 12/2022  
PPV: 22DH60



# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 01-02-2020

Facture N° 01882/20

## A. Identification

N° Dossier : CJO20B01115215

N° Identifiant : 022557/20

**Nom & Prénom : M. ARRIF MOHAMED**

C.I.N : B516773

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 01-02-2020

Date Sortie : 01-02-2020

Médecin traitant : DR. EL OTMANI HICHAM

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						0,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)		300,00			300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						300,00
TOTAL GENERAL						300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

Procteur Hicham EL OTMANI  
N° 01882/20  
Clinique Jerrada Oasis  
Tél : 05 22 23 81 81  
Fax : 05 22 23 81 82





Casablanca, le 01-02-2020

M<sup>e</sup> AARIF M<sup>e</sup>

MYSOLENE 2500

1 — 1 — 1

3 mois

Professeur Mohamed ELLOUMAN  
Neurologue

Clinique Jerrada Oasis  
Tél : 05 22 23 81 81  
Fax : 05 22 23 81 82  
Tél 06 67 17 33 11

# MYSOLINE® 250 mg comprimé sécable

Primidone

50 comprimés sécables



## Composition

Primidone ..... 250 mg  
Pour un comprimé sécable.

Voie orale.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
À conserver à une température inférieure à 25°C.  
Lire la notice avant utilisation.



Tenir à l'abri  
de la lumière



Tenir à l'abri  
de l'humidité

## Titulaire/Exploitant:

SERB  
40 avenue George V  
75008 Paris  
FRANCE



Médicament autorisé n°3400930698259

901807/19/09/8/02

311\_FR\_20191N\_ET

PC : 03400930698259  
SN : 862064589127461  
Lot : 1971023-FR  
Exp. : 10/2022



# MYSOLINE® 250 mg comprimé sécable

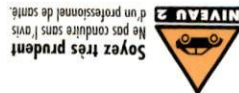
Primidone

50 comprimés sécables



14

MYSOLINE® 250 mg  
comprimé sécable  
Primidone  
50 comprimés sécables



Liste II - Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

DANGER

MYSOLINE + GROSSESSE

Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace et chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.



# MYSOLINE® 250 mg comprimé sécable

Primidone

50 comprimés sécables



311\_FR\_20191N\_ET

## Composition

Primidone ..... 250 mg  
Pour un comprimé sécable.

Voie orale.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
À conserver à une température inférieure à 25°C.  
Lire la notice avant utilisation.



Tenir à l'abri  
de la lumière



Tenir à l'abri  
de l'humidité

## Titulaire/Exploitant:

SERB  
40 avenue George V  
75008 Paris  
FRANCE



Médicament autorisé n°3400930698259

901807/19/09/8/02

PC: 03400930698259  
SN: 862064589127461  
Lot: 1971023-FR  
Exp.: 10/2022



# MYSOLINE® 250 mg comprimé sécable

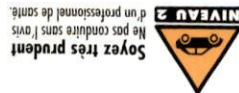
Primidone

50 comprimés sécables



311

MYSOLINE® 250 mg  
comprimé sécable  
Primidone  
50 comprimés sécables



Liste II - Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace et chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

MYSOLINE + GROSSESSE  
=  
DANGER



# MYSOLINE® 250 mg comprimé sécable

Primidone

50 comprimés sécables



311\_FR\_20191N\_ET

## Composition

Primidone ..... 250 mg  
Pour un comprimé sécable.

Voie orale.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
À conserver à une température inférieure à 25°C.  
Lire la notice avant utilisation.



Tenir à l'abri  
de la lumière



Tenir à l'abri  
de l'humidité

## Titulaire/Exploitant:

SERB  
40 avenue George V  
75008 Paris  
FRANCE



Médicament autorisé n°3400930698259

901807/19/09/8/02

PC: 03400930698259  
SN: 862064589127461  
Lot: 1971023-FR  
Exp.: 10/2022



# MYSOLINE® 250 mg comprimé sécable

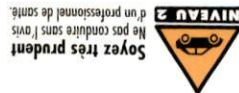
Primidone

50 comprimés sécables



311

MYSOLINE® 250 mg  
comprimé sécable  
Primidone  
50 comprimés sécables



Liste II - Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

DANGER

MYSOLINE + GROSSESSE

Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace et chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.





# MYSOLINE

II

1 compressa contiene 250 mg di primidone.

Leggere il foglio illustrativo prima dell'uso.

AIC 009340011

**TENERE FUORI DALLA VISTA E DALLA PORTATA DEI BAMBINI.**

**DA VENDERSI DIETRO PRESENTAZIONE DI  
RICETTA MEDICA.**

Controindicato l'uso  
contemporaneo di  
bevande alcoliche.

Può alterare la capacità di  
guidare veicoli e di usare  
macchinari.

004687853

004687853

LAB. FARMACEUTICO SIT SRL

250 mg compresse 30 compresse

MYSOLINE

SPORTAZIONE

Prezzo € 4,25

# MYSOLINE

II

1 compressa contiene 250 mg di primidone.

Leggere il foglio illustrativo prima dell'uso.

AIC 009340011

**TENERE FUORI DALLA VISTA E DALLA PORTATA DEI BAMBINI.**

**DA VENDERSI DIETRO PRESENTAZIONE DI  
RICETTA MEDICA.**

Controindicato l'uso  
contemporaneo di  
bevande alcoliche.

Può alterare la capacità di  
guidare veicoli e di usare  
macchinari.

004687853

004687853

LAB. FARMACEUTICO SIT SRL

250 mg compresse 30 compresse

MYSOLINE

SPORTAZIONE

Prezzo € 4,25

# MYSOLINE

II

1 compressa contiene 250 mg di primidone.

Leggere il foglio illustrativo prima dell'uso.

AIC 009340011

**TENERE FUORI DALLA VISTA E DALLA PORTATA DEI BAMBINI.**

**DA VENDERSI DIETRO PRESENTAZIONE DI  
RICETTA MEDICA.**

Controindicato l'uso  
contemporaneo di  
bevande alcoliche.

Può alterare la capacità di  
guidare veicoli e di usare  
macchinari.

004687853

004687853

LAB. FARMACEUTICO SIT SRL

250 mg compresse 30 compresse

MYSOLINE

SPORTAZIONE

Prezzo € 4,25



# CLINIQUE JERRADA OASIS

**NOM DU PATIENT :** M. ARRIF  
MOHAMED  
**DATE DE NAISSANCE :**  
14/05/1932  
**CJO20B01115215**



**Reçu N°: 36745**

**Paiement du 01/02/2020 11h58**

**Actes**

**Montant**

**300,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**