

# 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.

## Diagnostique 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](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- 065737

ND: 36091

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 634 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FARIS CP KANA LAGACHI

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 : 10 JUIN 2020

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) :



# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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



P 17 / 0065909

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 634	Signature de l'adherent	
Nom & Prénom			FARIS Aicha épouse KANA LAMACHT		
Fonction		Phones			
Mail					
MEDECIN	Prénom du patient			M <sup>me</sup> FARIS AICHA	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 08 JUL 2020	
Nature de la maladie			Date 1ère visite		
+570					
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Signature et					
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires			
C	+2	25000			
PHARMACIE					
Montant de la facture		Date 08/07/2020			
349,70					
PHARMACIE AL AMI					
Mme. Alami Saoudi					
Docteur en Pharmacie					
13, Rue Annabi Beusjour					
Casablanca - Tél: 05 22 39 09 70					
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
		CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date		
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		
				CACHET	

**Docteur M. SOUALY**  
**Cardiologue**

Diplômée de la Faculté de Paris



**الدكتورة م. اسوالي**

اختصاصية في أمراض القلب

خريجة جامعة باريس

Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

Casablanca, le

08 JUL 2020

M → FARIS AICH

89,70

- Cordons 2π x 26 cm

- Compresses 300 - 12,5 1g

239,00

- Libran

21,00

349,70

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain seba Casablanca  
Co-aprovel 300mg/12,5mg  
B28  
P.P.V : 239,00 DH  
6 118001 081035

PHARMACIE AL AMANA  
Mme. Alami Soumni Samira  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Annarjis Beausejour  
Casablanca - Tél : 05 22 39 09 70

Docteur SOUALY . M  
Cardiologue  
101g1e Rte. d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane  
mm. Communal N° 10 - 1er Etage H. Hassani  
Casablanca - Tél : 05 22 91 31 32

Sur Rendez-vous

بالموعد

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B  
N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 91 31 38

### COMPOSITION :

Clidinium bromure (DCI) ..... 2,5 mg

Chlordiazépoxyde ..... 5 mg

Excipients q.s.p ..... 1 comprimé dragéifié

Excipients à effet notoire :

Lactose et saccharose.

Avant toute utilisation, lire attentivement  
la notice intérieure.

**Librax**<sup>®</sup> 5 / 2,5 mg 

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT:20031 PER:03/2023  
PPV: 21,00 DH

Fabriqué sous licence **Meda**

par les laboratoires **Steripharma**

Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca

Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

**Librax**<sup>®</sup>

Chlordiazépoxyde  
+Bromure de Clidinium

5 / 2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



0758

**Cordarone 200 mg**

**احذر المقتري الغشوي**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance - Tableau A  
يجوز فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

**Titulaire d'AMM au Maroc :**

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,  
Ain Seba, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.  
**Nom et adresse du fabricant :**

Maphar, Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,  
Ain Seba, Casablanca.

**CORDARONE 200MG**  
**CP SEC B40**

