

# 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 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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : 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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0031191

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1324 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JANATI LATIFA

Date de naissance : 23/11/1951

Adresse : 9 RUE LOUIS MAZBAK RT6 TOUTE HASSAN

RABAT

Tél. : 0661133636 Total des frais engagés : 47,40 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-031191

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

**PHARMACIE BEN OMAR**  
 72 Bis Av. du Châtaign. Hassan-Rabaa  
 Tél: 05 37 76 99 30  
 INPE : 102071263

17/08/20      67,40

# 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	

VOLET ADHERENT

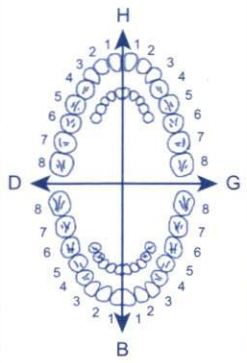
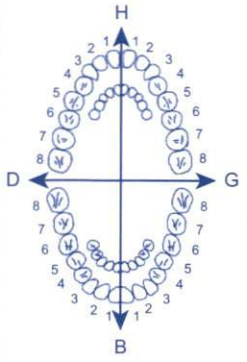
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC





Comprimés 500 mg  
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents



6-113000-040354

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°746/15 DMP/21/NRQ

**b** *batu* s.a.  
Et. Allee des Camélias - 46100 - Ségla - Cordeliers  
S. Bédouch - Pharmacie Republique

**Doliprane**  
PARACETAMOL 500 mg

16 comprimés effervescents

DOULEURS ET FIEVRE

**COMPOSITION :**

Paracétamol ..... 500 mg  
Excipients ..... qsp 1 comprimé effervescent

**INDICATIONS :**

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Posologie : à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).

Posologie : Lire attentivement la notice.

**VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**

Voie orale.

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau. Boire immédiatement après.

**دولبران**  
بارا صيطامول  
500 ملغ

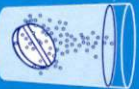
16 قرصا فوارا

**b**

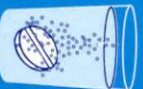
الأوجاع و الحمى



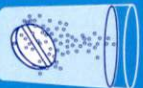
Adulte et enfant  
à partir de 27 kg



Adulte et enfant  
à partir de 27 kg



Adulte et enfant  
à partir de 27 kg



للكبار والأطفال  
إبتداءاً من 27 كغ

15,80

2 8 0  
/ 2 2  
0 4 1  
1 8 9 0

Comprimés 500 mg  
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents



6-113000-040354

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°746/15 DMP/21/NRQ

**b** bottu s.a.  
Et. Allee des Camarines - 46100 - Cordeliers  
S. Bédouin - Pharmacie Republique

**Doliprane®**  
PARACETAMOL 500 mg

16 comprimés effervescents

DOULEURS ET FIEVRE

**COMPOSITION :**

Paracétamol ..... 500 mg  
Excipients ..... qsp 1 comprimé effervescent

**INDICATIONS :**

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

**POSOLOGIE :**  
Lire attentivement la notice.

**VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**

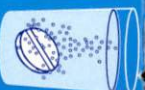
Voie orale.  
Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.  
Boire immédiatement après.

**دولبران®**  
بارا صيطامول  
500 ملغ

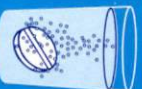
16 قرصا فوارا

**b**

الأوجاع و الحمى



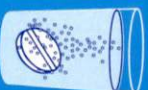
Adulte et enfant  
à partir de 27 kg



Adulte et enfant  
à partir de 27 kg



Adulte et enfant  
à partir de 27 kg



للكبار والأطفال  
بشأن 27 من كغ

15,80

2 8 0  
/ 2 2  
0 4 1  
1 8 9 0

Comprimés 500 mg  
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents



6-113000-040354

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°746/15 DMP/21/NRQ

**b** bottu s.a.  
Et. Allee des Camarines - 46100 - Cordeliers  
S. Bédouin - Pharmacie Republique

**Doliprane®**  
PARACETAMOL 500 mg

16 comprimés effervescents

DOULEURS ET FIEVRE

**COMPOSITION :**

Paracétamol ..... 500 mg  
Excipients ..... qsp 1 comprimé effervescent

**INDICATIONS :**

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

**POSOLOGIE :**

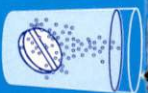
Lire attentivement la notice.

**VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**

Voie orale.  
Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.  
Boire immédiatement après.

**دولبران®**  
بارا صيطامول  
16 قرصا فوارا  
500 ملغ

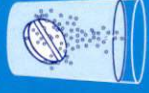
الأوجاع و الحمى  
b  
16 قرصا فوارا  
500 ملغ



Adulte et enfant  
à partir de 27 kg



Adulte et enfant  
à partir de 27 kg



Adulte et enfant  
à partir de 27 kg



للكبار والأطفال  
إبتداءاً من 27 كغ

15,80

2 8 0  
/ 2 2  
0 4 1  
1 8 9 0