

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## soins 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.

## Éducation :

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  
 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

Nº M20- 0002226

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 231A Société : 5254

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom : MENNI

EL BACHIR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0661310993 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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M20-02226

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 : .....

## 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.

### 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 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

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° W19-528451

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2311</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>MENNI EL BACHIR</u>			
Date de naissance : <u>12-02-49</u>			
Adresse : <u>Rue le palmier route des facultés N° 400 Casablanca</u>			
Tél. : <u>06 61 31 09 93</u> Total des frais engagés : <u>2700,49</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  <i>Dr. BOUABD BENSARI Lamine Rhumatologue - Ostéopathie 283, Bd. Med. Zektouni - Casablanca tel: 05 22 39 99 57</i>			
Date de consultation : <u>11 DEC 2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>JENNIFER ANCIR</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>DD articulaire</u>			
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 20/12/20 Le : 20/12/20

Signature de l'adhérent(e) : JENNIFER ANCIR



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>Pharmacy MIMOSAS</b></p> <p>Hind YAKHMI</p> <p>Docteur et Pharmacien</p> <p>400, Route d'El Jadida</p> <p>CASABLANCA</p> <p>Tel. 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.75</p>	16/12/1998	2400,90

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	



**Dr. Latifa BOUTAIB BEN SARI**  
RHUMATOLOGUE

الدكتورة لطيفة بوطيب بن صاري

Spécialiste des Maladies des OS  
et des Articulations



Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Marseille (France)

Médecin Expert Assermenté près  
les Tribunaux de Casablanca

اختصاصية في أمراض العظام  
والمفاصل (الروماتيزم)  
خريجة كلية الطب بمرسيليا  
(فرنسا)

خبرة محلفة لدى المحاكم

Casablanca le

Dr. LATIFA B. BEN SARI Latifa  
Rhumatologue - Ostéopathe  
183, Bd. Med. Dr. Maktoum Casablanca  
Tél: 05 22 39 99 76  
18 DEC 2020

الدار البيضاء، في

## ORDONNANCE

139.90 N: BACN112 INNW,  
M Doflazair 6mg

1 cp 30/j 1dl 5jous  
bo faire a 1 cp 8al/j 1dl 5jous  
ans res Par ordre de  
intolerance

2 x 37,00 N: a  
Dulosten 1 cp 30/j  
146,50 N: a  
Racipin ad 1 cpl/j 6 sm  
69,60

40/ Macaen 100g  
Pharmacie MIMOSAS  
Hind LAKHMIRI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route d'El Jadida

283، شارع محمد الزرقطوني قرب شارع الزيراوي - الدار البيضاء

05.22.39.99.76 CASABLANCA

Tel: 022.39.88.82 Fax: 022.98.24.76

I.C.E.: 00181378500001 - INPE: 091164491

Lot: PEO581B  
Per: 04/2023  
PPV: 132DH90

METFORMINE WIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
LOT: 20E012  
PER.: 07/2023  
6 118000 062134

METFORMINE WIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
LOT: 20E012  
PER.: 07/2023  
6 118000 062134

DULASTAN® 500 mg/20 comprimés  
دولاستان  
Boîte de 20 comprimés  
37,00

METFORMINE WIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
LOT: 20E012  
PER.: 07/2023  
6 118000 062134

METFORMINE WIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
LOT: 20E012  
PER.: 07/2023  
6 118000 062134

DULASTAN® 500 mg/20 comprimés  
دولاستان  
Boîte de 20 comprimés  
37,00

METFORMINE WIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
LOT: 20E010  
PER.: 05/2023  
6 118000 062134

METFORMINE WIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
LOT: 20E010  
PER.: 05/2023  
6 118000 062134

PPV: 144DH50

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

LOT: 20092  
PER: 01/2023  
PPV: 090DH60  
69,00

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V: 56DH60  
LOT: 20E007  
PER.: 07/2024  
6 118000 061465

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50  
P.P.V: 23DH00  
LOT: 20E003  
PER.: 07/2022  
6 118000 011569

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

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V: 56DH60  
LOT: 20E007  
PER.: 07/2024  
6 118000 061465

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50  
P.P.V: 23DH00  
LOT: 19E002  
PER.: 11/2021  
6 118000 011569

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

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V: 56DH60  
LOT: 20E007  
PER.: 07/2024  
6 118000 061465

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

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V: 56DH60  
LOT: 20E007  
PER.: 07/2024  
6 118000 061465

43,00

43,00

43,00

# Vita C1000®

PPV 15DH30  
EXP 10/2023  
LOT 0005? 10



6 118001 100958  
GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable:  
Mme Amina DAOUDI  
PPV : 41.00 DH

# Vita C1000®

PPV 15DH30  
EXP 10/2023  
LOT 0005? 10

# Vita C1000®

PPV 15DH30  
EXP 10/2023  
LOT 09031 23

# Vita C1000®

PPV 15DH30  
EXP 10/2023  
LOT 09031 24

# Vita C1000®

PPV 15DH30  
EXP 10/2023  
LOT 0005? 10

# Vita C1000®

PPV 15DH30  
EXP 10/2023  
LOT 0005? 10

# Vita C1000®

PPV 15DH30  
EXP 10/2023  
LOT 0005? 10

# Vita C1000®

PPV 15DH30  
EXP 10/2023  
LOT 0005? 10



6 118001 100958  
GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable:  
Mme Amina DAOUDI  
PPV : 41.00 DH



6 118001 100958  
GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable:  
Mme Amina DAOUDI  
PPV : 41.00 DH