

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-524944

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7685 Société : 55159

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GYM ABDELLAH

Date de naissance : 18-02-62

Adresse : LOT HAJ FATEH RUE 5 N°162 CLOULFA CASABLANCA

Tél. : 06 61 15 98 51

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/11/2026

Nom et prénom du malade : GYM KAWTAN

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

Nature de la maladie : chronique - polaire

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 07/11/2026

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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
1/11/2020	C		15007	
1/11/2020	contrôle		60000	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
07/11/2020	119,10
21/11/2020	627,00

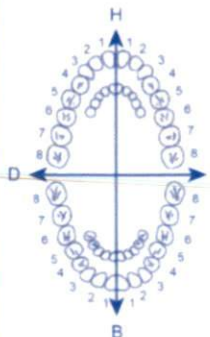
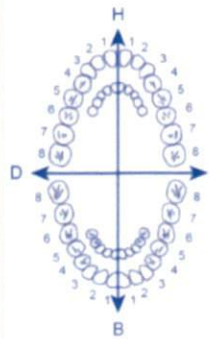
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

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	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>												
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>												
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>												
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		B														
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>												
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>												
			DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lé 21/11/2026

# ORDONNANCE

**FERPLEX® 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

**FERPLEX® 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

**FERPLEX® 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

**FERPLEX® 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

**FERPLEX® 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

**FERPLEX® 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

**FERPLEX® 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

**FERPLEX® 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

**FERPLEX® 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

**ELAXANT**

LPT: 190452  
DLUQ: 12/2022  
87.00DH

magnésium B6

Deva Pharmaceutique

VOIE ORALE  
60 GÉLULES

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

Dolaxium B6 200

Dr. El KHADRAJ  
Médecine Générale  
El Mithaq - Rue 65 N° 19 - Casablanca  
Tél: 06 22 89 19 27

nele ... kaw

11-

60poxg fuplex

21 Relaxium 180

8720  
LPT: 190452  
DLUQ: 12/2022  
87.00DH  
J.OUAJDI Pharmacien Responsable



Cachet du Médecin

Date : 07/11/2026

## Ordonnance

Dr. Gym KAWTAR

11- Imexium 20

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair benou el souam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Boîte 14

640RSDMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

82.10  
19/11/26

Zentel <sup>AS</sup>

14/11/26

21- peridys susp

LOT : 20E006  
PER: 05/2022  
PERIDYS 1MG/ML  
SUSP BUV F200ML

P.P.V: 37DH10

6 118000 011255

37.10

119.10

x 8 1/2 dent  
ref  
off

STE PHARMACIE HAMZA  
CA  
Lot. 14/1 futeh Rte 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28