

# 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

UPRAS 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.

UPRAS : 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- 0007882**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4336 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MAOUN-Youssef Date de naissance : 15/2/55  
Adresse : Apt 19 Apt 19 ATLAS Nougat ESSAOUIRA  
Tél. : 0661 238350 Total des frais engagés : 0

Cadre réservé au Médecin

Docteur AMARA Bouammi  
Médecine générale  
532 Av. Moulay Idris I-Essaoira  
Tél/fax : 05 24 47 38 73  
Cachet du médecin : / 0 MARS 2021  
Date de consultation : 27/01/2021  
Nom et prénom du malade : MAOUNE Vanessa Age : 60  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Neurologique  
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- 0007882

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
29/11/14			8000	Posteur AMARA Boualem Médecine générale 32 Av. Monlay Idris J-Essaouira Téléfix: 05 34 17 19 70

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.01.2011	121,20

[illegible][illegible]

**VOLET ADHERENT**

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

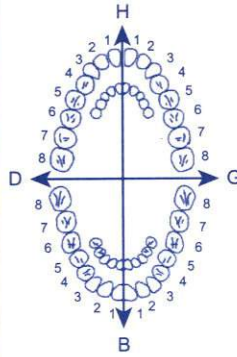
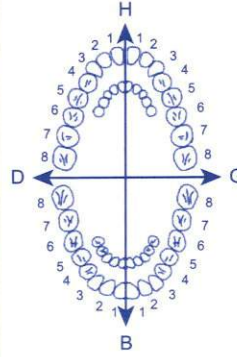
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur AMARA Boudalem  
Médecine générale  
532 Avenue Moulay IDRIS I  
Essaouira  
Tél / Fax 05 24 47 38 72

الدكتور عمارة بوعلام  
الطب العام  
532 شارع مولاي إدريس 1  
الهاتف / الفاكس : 05 24 47 38 72

Essaouira le

27/1/21

NAOUNE Vanessa.

**ORDONNANCE**

Bi profénol



lcp 11

ad 120

Codoliprane



lcp 3 + 1

35/10

Béacidou

lcp 2

ad 120

7 2

Docteur AMARA Boudalem  
Médecine générale  
532 Avenue Moulay IDRIS I - Essaouira  
Tél / Fax : 05 24 47 38 72



0639

Bi-Profenid LP 100 mg

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترام المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU C

يجوز فقط بموجب وصفة طبية - جدول C

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة قبل الاستعمال.

**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.**

يحفظ بعيداً عن مرمى ومتناول الأطفال.

A conserver à une température inférieure ou égale à 30°C.

يحفظ في درجة حرارة أقل أو تساوي 30 درجة مئوية.



**Bi-profenid LP 100 mg**  
20 Comprimés sécables





MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : VOIE ORALE.  
 Avoir les comprimés avec un grand verre d'eau.  
**MISES EN GARDE SPECIALES** : Réserve à l'adulte.  
 Lire attentivement la notice.  
**NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.**  
 AMM N° 177 DMP/21/NRQ

# كودوليبران®

16 قرصا  
 قبلا للكسر

باراسيتامول وكودين

**Codoliprane®**

Paracétamol 400 mg

Phosphate de codéine 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES



b

بوتلي د.ب.  
 مركز الكاوياناس - عين السبع - الدار البيضاء  
 من الجاهلي - صيدلي مسدول

## COMPOSITION

Paracétamol

Phosphate de codéine

**INDICATIONS**

Douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine

ou le paracétamol utilisé seul.

pour un comprimé

400 mg

20 mg

# Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca

S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

16 COMPRIMES

SECABLES

PPV 22DH20  
 PER 09/22  
 LOT J2461



®

# بسيكوز

فيتامين ب 1

فيتامين ب 6

فيتامين ب 12



20 قرصا

للبروفان

## FORMULE:

Thiamine mononitrate (vit. B1) ..... 0,250 g  
Pyridoxine chlorhydrate (vit. B6) ..... 0,250 g  
Cyanocobalamin (vit. B12) ..... 1,8 mg  
Excipients q.s.p. .... 1 comprimé dragéifié

الجرعات:

2 إلى 3 أقراص في اليوم تليق بدون مضغ في وسط الوجبات

## POSOLOGIE:

2 à 3 comprimés dragéifiés par jour à avaler sans croquer au milieu des repas.

**BECIDOUZE®**

20 dragées

PPV 35DH10

EXP 09/2023  
LOT 06008 5

AMM N° 194 DMP/21