

# 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- 054851

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8462 Société : RAM 65083  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
Nom & Prénom : HAITI Mohamed  
Date de naissance : 23/08/1961  
Adresse : HABITUELLE  
Tél. : 0689253800 Total des frais engagés : 288,90 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MEDICIN  
Echographie  
153 Rue 25, Bd. Mohammed VI  
Bine Lamdounie Casablanca  
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE : 091057711  
Autorisation N° : 4994

Date de consultation : 24 FEB 2021  
Nom et prénom du malade : HAITI Mohamed Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : cf. dossier  
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 : CASA Le : 21/02/2021  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
7 A FFY 2011	1	150,00	INPE : 091057711	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

113,50

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelkader EL MADI

MEDECINE GENERALE

Diplômé en Echographie Générale  
de la Faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور عبد القادر الماضي  
الطب العام

دبلوم الكشف بالصدى

خريج كلية الطب بمونبيلي - فرنسا

Casablanca le : 24 FEB 2021

34,40

24 FEB 2021

79,50

S.V.

S.V.

T 113,90

Pharmacie RIAD AL ANDALOUS  
17 Bis, Rue 19 - ANDALOUS  
Tél: 022 50 04 76  
CASABLANCA

Docteur Abdelkader EL MADI  
MEDECINE GENERALE  
Echographie Générale  
153 Rue 25 - Rd Panoramique  
Bine Lamdoune Casablanca  
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE : 091057711  
Autorisation N° 4994

شارع بانوراميك الزنقة 25 الرقم 153 بين المدن - Casablanca 153, Rue 25 Bd. Panoramique Bine Lamdoune

الهاتف : 05 22 21 11 12 - رقم الرخصة 4994 - رقم التعريف الموحد 001778217000037

Tél : 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 001778217000037 - INPE : 091057711




**Composition :**

Phloroglucinol (sous forme hydrate).....80 mg  
 Excipients q.s.p.....1 comprimé  
 Excipients à effet notoire : Lactose, Aspartam

**التركيب :**

فلوغلوكلسنول (على شكل هيدرات).....80 ملغ  
 سواغ كمية كافية ل.....قرص واحد  
 سواغات ذات تأثير معلوم : لاکتوز، أسبارتام

**AMM : 158 DMP/21/NNP**

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

**Laboratoires PHARMA 5**

Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc  
 Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Megasfon® 80mg  
 Boîte de 20 Comprimés  
 orodispersibles



**20** Comprimés orodispersibles

**Megasfon®**  
 Phloroglucinol

**80 mg**

Voie orale

**Megasfon®**  
 Phloroglucinol

**80 mg**

**LOT : 4448**  
**UT. AV : 10-22**  
**P.P.V : 34 DH 40**

**20**

**Comprimés orodispersibles**  
 Voie orale

**PHARMA 5**

# Carboxane®

Boîte de 30 comprimés

Lot : 200577

À consommer de  
préférence avant le : 10/2023

PPC : 79,50 DH

**MEDIPRO**  
PHARMA



# كارجكسان

فحم نباتي منشط - واکامي - مستخلص الراوند - زيوت أساسية للنعناع الفلفلي والبساس

• يساعد على إزالة الغازات المعوية

• ينظم المرور المعوي

30 قرص  
عن طريق الفم