

# 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.

## Prothésaire :

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- 057262

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01354 Société : RAN 86388

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAI Messaoud

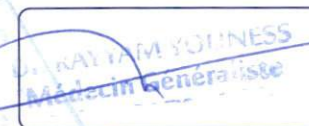
Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : BT HAS FATEH oulfa etage 2 Casablanca

Tél. : 06 95 99 14 64 Total des frais engagés : 131.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/08/20

Nom et prénom du malade : SAI Messaoud Age :

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

Nature de la maladie : pleurésie chronique

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) : /



# 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
11/08/21	C.F.A		93,39	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/08/21	38,~

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

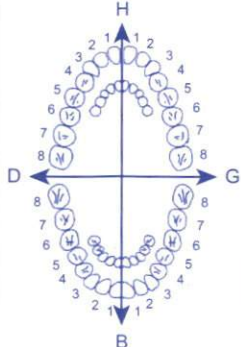
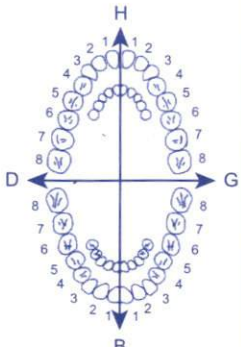
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

وصفة  
ORDONNANCE



le 11/08/2011

SAT Nessayand

28itgider - an

S.V

10,00

Amel 1000

S.V

19x031

38

Dr. RAYYAM YOUNESS  
Médecin Généraliste

COMPOSITION : 500 mg de paracétamol pour un comprimé.

Excipients q. s. pour un comprimé.

Indications : traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou des états fébriles.

Contre-indications, Mises en garde, Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage, posologie : voir notice  
ANDOL® est un médicament : ne pas laisser à la portée ni à la vue des enfants

Excipients à effets notoire : métabisulfite de sodium.

التركيبية : كل قرص يحتوي على 500 مغ من الباراسيتامول

سواغ ك. ك. لقرص واحد

دواعي الإستعمال : علاج أعراض الآلام ذات حدة خفيفة إلى متوسطة و / أو حالات الحمى

موانع الإستعمال ، طريقة وكيفية الإستعمال ،

الأعراض والتعليقات في حالة جرعة مفرطة .

الجرعة : أنظر النشرة داخله

أندول دواء : لا يترك في متناول ومرأى الأطفال

سواغ ذو تأثير ملحوظ : ميثايسولفيت الصوديوم

CI-6506

Comprimés 20x

ANDOL®  
PARACETAMOL

500 mg

ANDOL®  
PARACETAMOL

Douleurs-Etats fébriles

Comprimés 20x



COOPER PHARMA

Fabriqué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri 20110 Casablanca

AMINA DAOUDI : Pharmacien Responsable

صنع من طرف كوبر فارما

41, زنفة محمد الديوري، 20110، الدار البيضاء

الصيدلي المسؤول : أمينة الداودي

**SURDOSAGE = DANGER**  
**جرعة زائدة = خطر**

Dépasser la dose peut détruire le foie  
تجاوز الجرعة قد يُلحق الكبد

Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ni avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.

يجب عدم رمي الأدوية في المرحلي أو في النفايات المنزلية. استفسر لدى الصيدلي عن طريقة التخلص من الأدوية غير المستخدمة. سنساهم هذه التدابير في حماية البيئة.

AMM N° 222 DMP/21/NCN

COOPER PHARMA



20 Comprimés

ANDOL 500 mg

20x قرصا

500 mg

ANDOL®  
PARACETAMOL

الحصى والآلام

باراسيتامول



10 أقراص  
عن طريق الفم

ثالينيك



الزكام  
الشقيقة  
الروماتيزم  
أوجاع الأسنان  
آلام الأعصاب

الحمى  
الأوجاع  
نزلة برد  
ألم القطن  
آلام الدورة الشهرية

### Posologie :

Lire notice. En général :

Adultes et enfants à partir de 15 ans ( 50 kg ) : 1/2 à 1 comprimé  
par prise à renouveler toutes les 4 heures sans dépasser 4 g / jour.

مخبرات ثالينيك - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال -

المقادير وكيفية الاستعمال : إقرأ البيان داخله.

Indications - Contre-indications -

Posologie et mode d'emploi : lire notice intérieure

10 comprimés

Voie orale



Rhume  
Migraine  
Névralgies  
Rhumatismes  
Maux de dents

GALENICA



Fièvre  
Grippe  
Lumbago  
Douleurs diverses  
Douleurs des règles

Composition : AMM N° : 209/11/DMP/21/NNP

Paracétamol ..... 1000 mg  
Excipients q.s.p. .... 1 comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 10 comprimés

Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

CETAMYL® 1000 mg

Paracétamol

Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH



6 118000 191438

وصفة  
ORDONNANCE

le 11/08/2021

SAI Ncssadud

But à DIO + cygne  
ch pnd dit

Butschybrat ds chs

NE F



Dr. RAYYAN YOUNESS  
Médecin Généraliste



N° IPP :	343336	N° SEJOUR :	210017989	<b>FACTURE N° 2105008817</b>		DATE D'ENTREE : 11/08/2021		DATE DE SORTIE : 11/08/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>SAI, Messaoud</b>							
MALADE : SAI, Messaoud											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 5002 URGENCES							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00					0.00 80.00	
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER		AMI	1.00	7.50	7.50					0.00 7.50	
FOURNITURES MEDICALES					5.89					0.00 5.89	

Intervenant :	10000150 RAYYAM YOUNES	TOTAUX :	93.39						93.39
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
QUATRE-VINGT TREIZE DHS ET TRENTE NEUF CENTIMES			REMISE :	0.00	REGLE :	93.39		AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 12/08/2021			ACCIDENT DE TRAVAIL :						
EDITEE LE : 12/08/2021			N° DE POLICE :						
PAR: RAMDAN			DATE AT :						
VISA			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA						
			BANQUE : BMCE LOT ALBOUCHRA 6 RTE MARAKCH - ELJADIDA						
			N° compte bancaire : 011 170 0000 08 210 00 60816 58 EL JADIDA						