

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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° W21-613582

*Par  
com  
LAB*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1107* Société : *89429*

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *YANOUNE AOUATIF*

Date de naissance : *12 Jun 1978*

Adresse : *16, rueissement de la culture HSSAINE*

Tél. : *0613575377* Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin *الدكتور سعيد العربي علالي*

Cachet du médecin : *الطبيب العام  
شارع الحسن الثاني رقم 25  
قروية سلا*

Date de consultation : *16.10.2021*

Nom et prénom du malade : *YANOUNE AOUATIF* Age : \_\_\_\_\_

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

Nature de la maladie : *Cellulite aiguë*

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 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

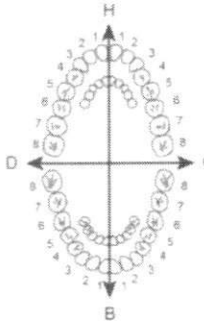
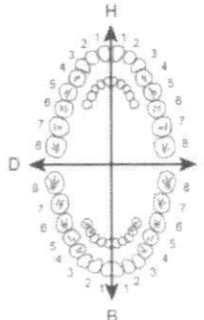
Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

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
16.10.2021	C	2	X130,000	INP : 19 100 87 94 الدكتور سعيد العربي علالي الطب العام شارع الحسن الثاني رقم 25 قروية سلا

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE AL ABRUDI</b> Rés. Daial, Imb. 4, Mag. 12 Bouad Hlal, Hsaine-Safa Al Jadida Tél.: 05 37 83 18 86	16/10/21	472,40

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11433553	B		Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
25533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



LOT: 7MA082  
PER: 01 2022

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V: 490H80



6 118000 060062

LOT: 20E021  
PER: 02 2025

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V: 490H80



6 118000 060062

# ORDONNANCE

LOT: 20E019  
PER: 05 2023

BIRODOGYL  
CP PEL B15

P.P.V: 102DH00



6 118000 060567

Le 16.10.2021

YAMANE ADWATIF

102,00 x 2

204,00

BIRODOGYL 9 (1)

LOT: 20E028  
PER: 11 2023

BIRODOGYL  
CP PEL B15

P.P.V: 102DH00



6 118000 060567

1/2 x 2/2 x 2/2

49,80 x 2

99,60

FLAGYL 100 (1)

1/2 x 2/2 x 2/2

82,10

INEXIUM 2.

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair brou al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg

Boite 14

Cpr GR

64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH



6 118001 020591

1/2 x 2/2 x 2/2

19,70

APAZOL 2

PHARMACIE AL ABRARDI  
4 Res. Dalal, Im. 4, Mag. 12  
Ouled Hlal, Hsaine-Sala Al Jadids  
Tel.: 05 37 85 18 86

PPV 19DH70  
PER 05/22  
LOT 11177

16,00 x 2

32,00

475,40

1/2 x 2/2 x 2/2

الدكتور سعيد العربي  
الطبيب العام  
شارع الحسن الثاني رقم 25  
قنيطرة

# Doliprane®

## 1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

**b** bottu s.a.  
62, Allée des Casuarinas - Allé Sebda - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00  
PER: 01/24  
LOT: K097

Doliprane®  
PARACÉTAMOL  
1000 mg



bottu s.a.

ADULTE  
10 Comprimés

# Doliprane®

## 1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

**b** bottu s.a.  
62, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00  
PER: 01/24  
LOT: K097

Doliprane®  
PARACÉTAMOL  
1000 mg



bottu s.a.

ADULTE  
10 Comprimés

# Doliprane®

## 1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

**b** bottu s.a.  
62, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00  
PER: 01/24  
LOT: K097

Doliprane®  
PARACÉTAMOL  
1000 mg



bottu s.a.

ADULTE  
10 Comprimés

# Doliprane®

## 1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

**b** bottu s.a.  
62, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00  
PER: 01/24  
LOT: K097

Doliprane®  
PARACÉTAMOL  
1000 mg



bottu s.a.

ADULTE  
10 Comprimés

# Doliprane®

## 1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés

**b** bottu s.a.  
62, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00  
PER: 01/24  
LOT: K097

Doliprane®  
PARACÉTAMOL  
1000 mg



bottu s.a.

ADULTE  
10 Comprimés