

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

- Reclamation : 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° W21-640494

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10647 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUHA Assana

Date de naissance : 30-06-1969

Adresse : 36, Res. arca californica 7p n° 2

etage 1 Ain cherg case 1

Tél. : 0661320171 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 oct 21

Nom et prénom du malade : N° Bouha Assana Age :

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

Nature de la maladie : Co-morbidité

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 : 16 oct 21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-640494

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
16/01/2021	Consultation	1	400,00 ch	INP : 081003361
				Dr. BESRI RABIA
				Médecine Générale
				022-50-11.82

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES ANGES Résidence Sans Pareil Lot Ouled Tadjer Rue 10 N° 9 Lot Ain Chock Casablanca Tel : 05 22 21 88 88	16/01/2021	268,34

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	

VOLET ADHERENT

* 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 COEFFICIENT 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>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

260, 80

دوائى الاستعمال - الجرعات - موانع الاستعمال - كيفية الاستعمال
الطريقة للتناول

INDICATIONS - POSOLOGIE - CONTRE-INDICATIONS
MODE D'EMPLOI : Voir notice

عن طريق الفم

يحتفظ الأنبوب مغلقا بإحكام بعيدا عن الحرارة والرطوبة.
Tubé à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

يحتفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

ZINASKIN® 45 mg
20 comprimés effervescents



6 118000

032090

10

مطابق المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21، ريفالة الأولى - الجزائر - الجزائر البيضاء - الجزائر
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'ALGERIE DU NORD - 21, RUE DES OUDANA - CASABLANCA - MAROC

Laprophon
للإسروفران

Laprophon
للإسروفران

أفاسو 20



ملع 45

(سلفاط الزنك)

زيناسكين®

ZINASKIN® 45 mg

PPV 400H90

EXP 07/2024
LOT 15038 76

20 comprimés effervescents

68x20x95

Composition :

Paracétamol 1000 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé

التركيب :

ملغ 1000 باراسيتامول

سواغ كمية كافية لـ قرص واحد

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

AMM : 214DMP/21/NNP

Laboratoires PHARMA 5

Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien ResponsableDolostop® 1000mg
Boîte de 8 comprimés

A23027

8 comprimés

Paracétamol

Dolostop®

1000mg

Voie orale

Dolostop®

1000mg

Paracétamol

Douleurs et fièvre

Adulte

8
comprimés
Voie oraleLOT : 2730
UT. AV : 08-24
P.P.V : 10 DH 60

PHARMA 5

مخصص للبالغ والمطلّ ما فوق 15 سنة.
الجرعات - دواصي الإستعمال - موانع الإستعمال - كيفية الإستعمال،
أنظر النشرة

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -
MODE D'EMPLOI : Voir notice

يحفظ الأنبوب مغلقاً بعيداً عن الحرارة والرطوبة.
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et
de l'humidité.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.

Vita C 1000®
10 comprimés
effervescent sans
sucres



AMM N° 29 DMP/21

®

1000
فيتا 1000

فيتامين س

بدون سكر

أقراص فـائـرة

10 اقراص فائرة
للبروفان



Vita C 1000®

PPV
EXP
LOT

15DH30
08/2024
18055 7

مخصص للبالغ والمطلّ ما فوق 15 سنة.
الجرعات - دواصي الإستعمال - موانع الإستعمال - كيفية الإستعمال،
أنظر النشرة

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -
MODE D'EMPLOI : Voir notice

يحفظ الأنبوب مغلقاً بعيداً عن الحرارة والرطوبة.
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et
de l'humidité.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.

Vita C 1000®
10 comprimés
effervescent sans
sucres



AMM N° 29 DMP/21

®

1000
فيتا مس

فيتامين س

بدون سكر

أنظمة

10 أقراص فـ
للبروفان



Vita C 1000®

PPV
EXP
LOT

15DH30
08/2024
18055 7

Médicament autorisé n° 34009 300 045 7 9



Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



3400930004579



Cholécalciférol
(ou vitamine D3) : 2,5 mg
Quantité correspondant
à 100 000 U.I., pour une
ampoule de 2 ml.

Lire la notice avant
utilisation.

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



Conserver l'ampoule
dans l'emballage
extérieur.

Ne pas mettre au
réfrigérateur et ne pas
congeler.



Mylan



PC 03400930004579

SN 18C66HWH3A

EXP 03 2022

LOT CM234