

# 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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com

Adhésion en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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.

S : 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° M21- 061858

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11533 Société : 91929

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASR MOUNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0600643793 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/2021

Nom et prénom du malade : TAFROUT APA Age :

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

Nature de la maladie : ALD 2

En cas d'accident préciser les causés 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
28/10/2024	C		150	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

28-10-2024

221,50

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

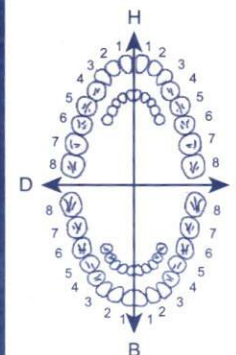
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'odontologie.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

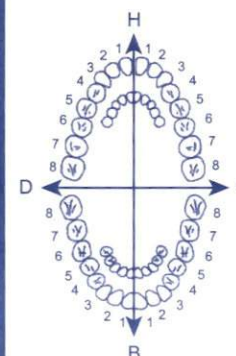
FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[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'EXECUTION

Dr. Kadiri Kasmi Mohamed

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casa



الدكتور قادري قاسمي محمد

الطب العام

خريج كلية الطب  
و الصيدلة الدار البيضاء

ORDONNANCE

Nouaceur, le 28/10/2021

TAF ROOT AYA

1/ Lempda

60,00 x 2 = 120,00

1 flucan, pdt 20 jours

2) Imesolomg

39,00

1 pl, pdt 7 jours

3) Urispas 200

62,50

1 p

pdt 10 jours

T = 221,50

Pharmacie Victoria Parc  
Docteur Hanane SAMALI  
Lot Anass 5110C M3 Victoria city  
Bouskoura - Tél: 05 22 32 07 01

Dr. Kadiri-Kasmi Mohamed  
Médecine Générale  
191, Lot ANNAÏRE - Nouaceur  
Tél: 06 22 24 24 78

الرقم 191 , تجزئة النصر , بلوك 24 , الطابق 1 , أولاد صالح - إقليم النواصر

الهاتف (مستعجلات) : 06 34 83 90 56 بريد إلكتروني : kadirikasmi440@gmail.com

# Inéso

ésoméprazole

20  
mg

Inhibiteur de pompe à protons

Diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac



7 gélules

Microgranules  
gastro-  
résistants

Par voie orale

LOT : M0532  
PER : 04/2023  
PPV : 39,00 DH

Fabriqué par :

Laboratoires Deva Pharmaceutique

J. OUAJDI Pharmacien Responsable

146-147 Zone Industrielle Tit Mellil - Casablanca

Deva

7 كبسولات

20

ملغ

إنيزو  
إزوميبرازول

AC2-00089/01



# Urispas<sup>®</sup> 200 mg

Flavoxate

30 Comprimés pelliculés

01/12/92  
20/12/92

LOT 211240  
EXP 05 2024  
PPV 62.50

**FERPLEX®** 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Fabricant :  
ITALFARMACO S.A.  
C/San Rafael 3, Poligono Industrial de  
Alcobendas.  
28108 Alcobendas-Madrid, Espagne.



Importateur: La femme et son enfant  
Laboratoire pharmaceutique VERSALYA  
Zone industrielle Had Soualem Lot 149, Maroc.  
Dr N. KHALED Pharmacien Responsable  
Médicament autorisé N° 70/18 DMP/21/NRQ

**FERPLEX®** 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

Voie orale

10 Flacons buvables

**FERPLEX®** 40 mg  
Fer protéinsuccinylate

**FERPLEX®** 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Fabricant :  
ITALFARMACO S.A.  
C/San Rafael 3, Poligono Industrial de  
Alcobendas.  
28108 Alcobendas-Madrid, Espagne.



Importateur: La femme et son enfant  
Laboratoire pharmaceutique VERSALYA  
Zone industrielle Had Soualem Lot 149, Maroc.  
Dr N. KHALED Pharmacien Responsable  
Médicament autorisé N° 70/18 DMP/21/NRQ

**FERPLEX®** 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

Voie orale

10 Flacons buvables

**FERPLEX®** 40 mg  
Fer protéinsuccinylate