

# 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.

## Biologie 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

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° M21- 0019458

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 307 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : g2205  
Nom & Prénom : Tahira Talika  
Date de naissance : 16/07/1986  
Adresse : 1, Rue Ouatili, Casablanca 20380  
Tél. : 0522983863 Total des frais engagés : 42,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur DEBBARH Lana  
Médecine générale  
Centre Commercial Nadio. Imm 3  
Route d'El Jadida - Maârif - Casa  
Tél. : 05 22 98 22 57

Date de consultation : 12/10/21  
Nom et prénom du malade : Tahira Talika Age : 35  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Pharyngite  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
12/10/21			159,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/10/21	270,30 Dg

# 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 :

Veuillez 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 <div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> </div> <div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> <div>B</div> </div> <div>           [Création, remont, adjonction]            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession         </div>					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
					DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur DEBBARH Laila

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Rabat

## MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imm. 3  
Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)  
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98 22 57

الدكتورة الدباغ ليلي  
خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالرباط

## الطب العام

إقامة نادية - المركز التجاري - عمارة 3  
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)  
المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 98 22 57

Casablanca, le 12/10/21

Tahiri Nalika

124,50

Levamo 1p sach

1 sach x 2 fois/j x 6j

48,50

Cotipred 10mg

3cp 1h après petit déj x 5j

83,50

Acivox spray buccal

1plw x 3 fois/j

14,80

Dolostop 1000

1cp x 2 fois/j

T. 270,30



Docteur DEBBARH Laila  
Médecine générale  
Centre Commercial Nadia - Imm. 3  
Route d'El Jadida - Maârif - Cas  
Tél: 05 22 98 22 57

8 أقراص فموية

الأوجاع والحمى - للكبار

PHARMAS 5

باراسيتامول

دولوستوب

1000 ملغ

Composition :

Paracétamol ..... 1g  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé  
Excipient à effet nettoir : Sodium

التريتيب :

باراسيتامول ..... 1g  
سوانغ كمية كافية لـ ..... قرص واحد  
سوانغ ذات تأثير معلوم : صوديوم

1			
Durée	Motin	Midi	Soir

AMM : 284/14DMP/21/NNP

Laboratoires PHARMAS 5

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

Dolostop® 1000mg  
Boite de 8 comprimés effervescents



6 118000 094173

A23301

14,60



## Formule :

Prednisolone ..... 20 mg (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice.

PPV : 48DH50

PER : 09/24

LOT : K2542

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

# Cotipred®

prednisolone

(méta-sulfobenzoate sodique)

20 mg



20 comprimés effervescents sécables

Cotipred® 20 mg  
prednisolone

20 comprimés effervescents sécables



AMM n°: 306 DMP/21/NCdP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

16 57

[illegible]

אֲרֵצָה

جے ایم 125 / جے ایم 7

$\frac{d}{dt} \left( \frac{1}{r^2} \right) + \frac{1}{r^2} = 0$

© **کسٹومز**

PPV 124DH00

LOT 99001 52  
EXP 08/2022

EXP 08/2022



**LEVAmox®**

**Poudre pour suspension buvable en sachet-dose**

**1 g/125 mg**

**16 SACHETS**