

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR 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.

**Éducation :**

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 dentaire :**

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  
Prise 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.

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° M21- 0061756

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 10858      Société : RTM (95556)  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
Nom & Prénom : A. B. L.      J. M. M.  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. :      Total des frais engagés :      Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade :      Age :  
Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
Nature de la maladie :  
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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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) :

## 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 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le 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° W21-633328

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 10858      Société : RAT

Actif       Pensionné(a)       Autre

Nom & Prénom : Ajbilou Housse

Date de naissance : 14/10/1975

Adresse : Rue Abou Al Wasf Remadnia  
Ar Raïa Im 66 Apt 21 Bourgogne

Tél. : 066645523      Total des frais engagés : .....      Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/10/2021

Nom et prénom du malade : Ajbilou Housse      Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Ajketan Mikou Schlerie

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
18/10/21	Q		309,00	INP 034768330

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
18/10/21	596,40

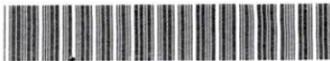
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	G																			
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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



PT211018092050

18 octobre 2021

Mme AJBILOU Hanane

99,00

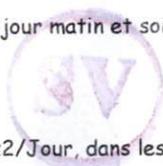
PHYLARM



1 lavage / jour matin et soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

75,70

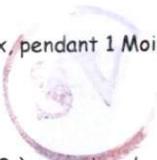
ZALERG



1 goutte x2/Jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

84,00

NAABAK 4.9% : COLLYRE CL



1 goutte 2 fois par jour à partir du 12 ème mois, dans les deux yeux

77,10

DEXAFREE COLLYRE

1 goutte x 4/ j à renouveler pendant 3 mois, dans les deux yeux, pendant 10

158,00

CATIONORM

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

102,60

AERIUS/ 30 CP CO

1 comprimé par jour, le soir au coucher, pendant 1 Mois



6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amna DAOUDI



NAABAK 4,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amna DAOUDI

**Cationorm**

Multi  
Emulsion  
ophtalmique

PPC 158,00 DH

596,40  
**PHARMACIE DES ENFANTS**  
**Dr. BOUJIDA Nadia**  
34, Rue Ibnou Jashir - Bourgogne  
Tél: 0522 20 90 44 - Casablanca

**AERIUS®**  
**5 mg**

comprimés pelliculés

desloratadine  
voie orale

**30** comprimés  
pelliculés



أيريوس<sup>®</sup>  
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين  
عن طريق الفم

**30** أقراص  
ملبسة

LOT: 091  
PER: MAI 2023  
PPV: 102 DH 60

Solution stérile pour usage oculaire

# PhyLarm

*A medic*



HER MEDIC  
PPC

99.00 DHS

...es de 10 ml

**chaque fois  
que l'œil est irrité**

علبة تحتوي على **30** وعاء أو عبوة أحادي الجرعة بسعة 0,4 ملل.

محلول قطرات العين في وعاء أحادي الجرعة

## ديكسافري 1 ملغ/ملل

Boîte de **30** récipients unidoses de 0,4 ml

Collyre en solution en récipient unidosé

## Dexafree 1 mg/ml

### FR COMPOSITION

Phosphate de dexaméthasone..... 1 mg  
Sous forme de phosphate sodique de  
dexaméthasone pour 1 ml de solution.

### Liste des excipients

Edétate disodique, phosphate disodique  
dodécahydraté, chlorure de sodium, eau  
pour préparations injectables.

Voie ophtalmique.

### AR التريكية

فوسفات الديكساميثازون..... 1 ملغ

في شكل فوسفات الصودي

الديكساميثازون ل 1 مل من المحلول.

### قائمة السواغ

ايدينات ثنائي الصوديوم، فوسفات ثنائي

الصوديوم الاثنى عشر الاماهة، كلوريد

الصوديوم و ماء لتحضير الحقن

عن طريق العين.

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diour,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

5400895006137  
9300815



Lot / Fab / EXP



8N68  
09 2020  
09 2023