

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0008114

MD: 98493

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : MJATI BOUAZZA
Date de naissance : 10/03/1952
Adresse : OULFA GR D M^{me} 1 CASA
RUE 109
Tél. : 0522908372 Total des frais engagés : 46,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Mjati Bouazza 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.

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 : CASA

Le : 05/12/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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'Hôtel de Ville
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAMM 02, Bd Oued Sebou - Oued CASABLANCA Tél: 0522 90 18 99		46.60

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
		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

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 style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 00000000 35533411 G </div> </div> B		COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	MONTANTS DES SOINS				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie TAM
Dr. Bennani Jaafar
302, Bd Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 13 99

Rjati
Bouazza

Le 01/02/2021		B. 14		Paiement		FACTURE N°	
Quantité	Désignation	Prix unitaire	Total				
1	Lukh 1	24,40	24,40				
1	Ce D-hy 1	22,20	22,20				
Arrête la présente facture à la somme de		46,60		46,60			

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



b bottu s.a.
12, Allée des Casimires - Ain Seba - Casablanca
S. Bouchouchi - Pharmacien Responsable

16 COMPRIMES
SECABLES

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : VOIE ORALE.
Avaler les comprimés avec un grand verre d'eau.
MISES EN GARDE SPECIALES : Réservé à l'adulte.
Lire attentivement la notice.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.
AMM N° 177 DMP/21/NRQ

PPV: 22DH20
PER: 06/23
LOT: K1828



Codoliprane®
PARACETAMOL ET CODEINE



16 COMPRIMES
SECABLES

كودوليبيران®

باراسيتامول و كوديين

قايلا للكسر
16 قرصا



b

بوتلي فرج
82, شارع التكايا بورتو - عين السبع - الدار البيضاء
م. الحفافي - صيدلي مسؤول

Codoliprane®
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeine 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES



COMPOSITION
Paracétamol pour un comprimé
Phosphate de codeine hémihydraté (correspondant à codeine base) 15,62 mg 400 mg
..... 20 mg

INDICATIONS
Douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine
ou le paracétamol utilisé seul.

Litho Typo

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:
Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance

04/2023
G00P78
05/2020

EXP:
Lot:
Fab:



Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342