

# 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.

## 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](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° P19- 064776

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2812 Société : 106147  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Ben Hamman Jelloulia  
 Date de naissance :  
 Adresse : 76 Rue Al Hamidi Naamif Extra  
 Tél. : 0661422412 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

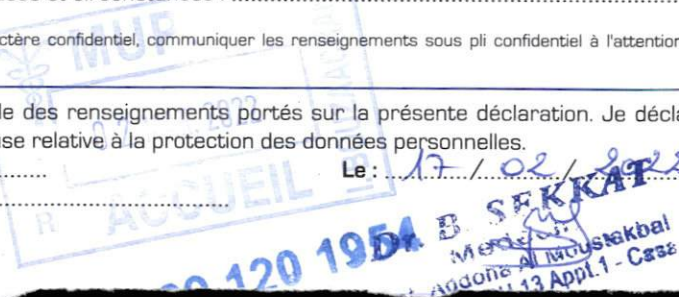


Date de consultation : 17/02/2022  
 Nom et prénom du malade : BEN HAMMAN JELLOULIA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Bronchite + toux chronique  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère 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 : Casablanca Le : 17/02/2022

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
17/02/2022	Op	-	1508H	Dr. B. SEKRAI Méd. Dent. Lot. Addoha Al Moustakbal Imm. A 24 GH. 13 Appl. 1 - Casa

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Madame BARTAL ETIENNE Pharmacie Acharif Rue Socrate - Maârif Casablanca - Tel : 0522 25 22 09	17/02/22	327, ~

### 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>            00000000            11433553         </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

E-mail : dr.bouhassoulat@gmail.com : لبريد الإلكتروني

# Doliprane®

## 1000 mg

### PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

bottu s.a.  
82, Allée des Castagniers - Ain Sebdia - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV : 14DH00  
COM : 00/43254

Doliprane®

PARACÉTAMOL

1000 mg



COMPRIMÉ

bottu s.a.

ADULTE

10 Comprimés

ADULTE  
10 Comprimés



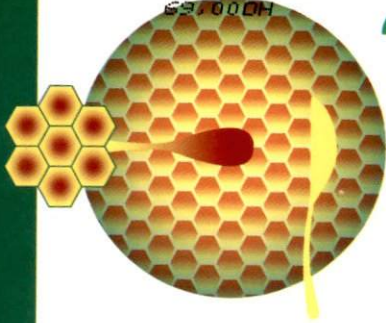
# DociVox

**Sirop naturel  
sans conservateur**

**AUX EXTRAITS DE PROPOLIS  
ET DE PLANTES**  
*(THYM-MAUVE-MELEZE)*

**Goût miel - menthe**

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles



LOT: 210549  
DLUO: 09/2024  
69100DH

**200 ml**

**Deva**

# AZILIDE®

Azithromycine

500 mg



3 Comprimés  
pelliculés sécables

Voie orale



AZILIDE 500 mg®

3 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 021568

سوطيما  
othema



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



101  
101  
101

70200

157


0 2024

70200

**Cataflam® 50mg**

Diclofénac potassium

Voie orale

 **NOVARTIS**

Anti-inflammatoire, Analgésique.

20 Dragées à 50 mg

LOT : M20057  
EXP : AVR 2023  
PV : 45,50 DH

# Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



**COMPRIMÉ**

**b** bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV:14DH00  
PER:10/24  
LOT:K2808



**Doliprane®**  
PARACÉTAMOL  
1000 mg



**COMPRIMÉ**

**b** bottu s.a.

**ADULTE**  
10 Comprimés

**ADULTE**  
10 Comprimés

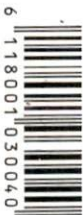


**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

احترموا الجرعات الموصوفة

Liste II - Uniquement sur ordonnance.  
Tenir hors de la portée, et de la vue des enfants.

لأنه لا يصرف فقط بموجب وصفة طبية  
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و عن مرأى الأطفال.



○ VOLTARENE® LP 100 mg

Comprimé pelliculé

PPV : 51.30 DH

1232204 MA TA

**Voltarène® L.P.**

**100mg**

10 comprimés pelliculés à 100mg.





63,20

زيرتيك 10 ملغ<sup>®</sup>  
سيتيريزين ديكلورهيدرات



15 قرصا ملبسة قابلة للكسر

Zyrtec<sup>®</sup> 10mg

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec<sup>®</sup> 10mg

15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158