

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

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



Médicaments  
vétérinaires  
107464 l'adhérent

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0007750

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10296 Société : RETRAITE  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : ABRAHIM CHAKIK Date de naissance : 1958  
Adresse : ZAOUIT NOUACEUR  
Tél. : 0656637674 Total des frais engagés : 871,70 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26 / 2 / 2022  
Nom et prénom du malade : CHAKIK ABDELMANIR Age :  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : gène de pied  
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 : 24 / 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
24/02/2022			Ce	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/02/2022	871,70 DH

### 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 :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		G																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
<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

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

24/02/2022

M<sup>r</sup> MARTIN Abdouhem

- 1 <sup>222,00DH</sup> Augmentin 1g: 15 x 2lg p dt 15j → 14
- 2 <sup>129,50DH</sup> Ivoir 400: 1 cpj à l'idi p dt 10j
- 3 Cedel: 2cp/12H si douleurs p dt 3jours
- 4 <sup>143,30DH x 2</sup> Moven 0,6 l/j les jours de p dt 10j
- 5 <sup>47DH30</sup> Betacine stalle (10 unités)
- 6 <sup>13,50DH</sup> Caticell (10 unités)
- 7 <sup>144,50DH</sup> Vioselic off. c. c.
- 8 <sup>18DH30</sup> Nezar 20 → 1 cpj à l'idi p dt 30j
- 9 Sérum physiologique
- 10 <sup>18DH30</sup> Clopaco 1cp 3lg p dt 10j

871,70



LOT: 21093  
PER: 06/2024  
PPC: 13,50DH

Distribué sous licence  
- LAPROPHAN S.A.-  
21,rue des Oudaya  
Casablanca - Maroc  
PPV : 47DH30

AMOXICILINE ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

..... sachet(s) .....  
prendre de préférence au d  
pendant ..... jours.  
Lire la notice attentivement avant  
يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ord**  
**RESPECTER LES DOSES**

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
24 sachets



PPU: 222,00 DH  
LOT: 647728  
PER: 04/23



Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKlin

**Novex®**  
8000 UI anti-Xa0,8 ml  
2 seringues pré-remplies de solution injectable  
AMM N° : 24/020/DMP/01/ING/02/01/AM

14330



**MEZOR® 20mg**  
Esoméprazole (DCI)  
28 gélules



LOT 210937  
EXP 03/2023  
PPV 144.50DH

**Novex®**  
8000 UI anti-Xa0,8 ml  
2 seringues pré-remplies de solution injectable  
AMM N° : 24/020/DMP/01/ING/02/01/AM

14330



**Zivlox 400 mg**  
5 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



فلوكساسين 400 ملغ

LOT: M0453  
PER: 12/2022  
PPV: 139,50DH

PPV 18DH30 EXP 10/2024  
LOT 10017 4

**CLOPRAME® 1mg/ml**  
Solution buvable 130 ml

