

# 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

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0014085

122845

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : 12-A-7

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : K. A. A. A.

Date de naissance : 13/09/1975

Adresse : 12-A-7

Tél : Total des frais engagés : 388.10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/06/2011

Nom et prénom du malade : K. A. A. A. Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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 : 29/06/2011 Le : 29/06/2011

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 Praticien attestant le Paiement des Actes
29/06/2011				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

29/06/2011 388,12

# 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

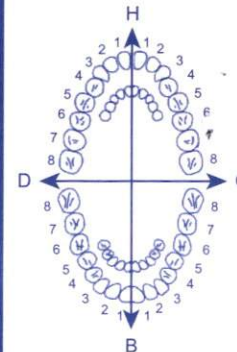
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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

H 25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

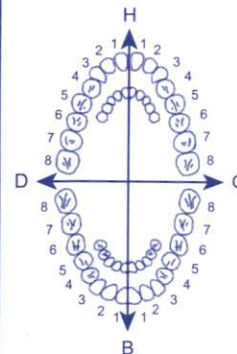
COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Ain Taoujdate : 29/06/2022

**ORDONNANCE**

142  
48.50 x 2  
Wh pul 20

UT. AV.: 06 24 P.P.V.  
LOT N°: FE 4285 80,00

27.09  
Libon

LOT N°: 128016 37,60  
UT. AV.: 08 22 P.P.V.

Modak 4/10 3



82.00 x 2  
Jelab

200  
388.1





# Cacit<sup>®</sup> vitamine D3

Carbonate de calcium et Cholécalficérol

**1000 mg / 880 UI**



Lot: 9101018  
EXP: OCT 2022



Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH.  
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 110 DH 10

Granulés  
effervescents  
pour solution  
buvable

**30** sachets  
Voie orale

# Meda

## COMPOSITION :

Clidinium bromure (DCI) ..... 2,5 mg

Chlordiazépoxide ..... 5 mg

Excipients q.s.p ..... 1 comprimé dragéifié

Excipients à effet notoire :

Lactose et saccharose.

Avant toute utilisation, lire attentivement  
la notice intérieure.

**Librax**® 5 / 2,5 mg 

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT:21240 PER:08/2024  
PPV:21,00 DH

Fabriqué sous licence **Meda**  
par les laboratoires **Steripharma**  
Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca  
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable





#### Formule :

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

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

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

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

PPV: 48DH50

PER: 12/24

LOT: K3425

**b**

botu s.à r.l.  
82, Allée des Casuarines - 46100 - Cahuzac  
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

100165

05/14

# Cotipred®

prednisolone

(métsulfobenzate sodique)

**20 mg**

20 comprimés effervescents sécables

Cotipred® 20 mg  
prednisolone  
20 comprimés effervescents sécables



6 11 8000 041016

AMM N° 306 DMP/21/NCdP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

12



#### Formule :

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

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

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

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

PPV: 48DH50

PER: 12/24

LOT: K3425

**b**

botu s.à r.l.  
82, Allée des Casuarines - 46100 - Cahors  
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

100165  
05/14

# Cotipred®

prednisolone

(métsulfobenzate sodique)

**20 mg**

20 comprimés effervescent sécables

Cotipred® 20 mg  
prednisolone  
20 comprimés effervescent sécables



6 11 8000 04 1016

AMM N° 306 DMP/21/NCdP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

12