

# 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

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.

N° W21-643117

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

12658

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZEKRI Hicham

Date de naissance :

19/07/1983

Adresse :

Sous koung Golf City Villa 409

Tél. : 06 63 28 56 16

Total des frais engagés :

738,90

Dhs

M. Mohamed EL-HOUAR

PEDIATRE

Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris  
15, Bd Al Massira Al Khadra Casablanca  
tél: 05 22 99 57 38 - 05 22 99 57 39

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

18 JUL 2022

Nom et prénom du malade :

ZEKRI ANYA LATIFA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

evolyses

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidential 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13 aout 2022

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-643117

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
18 JUIL 2022	02		3690,00 BH	INP : <input type="text"/>   Specialiste diplome de la Faculte de Paris Dr. El-Hajj - Casablanca 03-05-22 99 57 39

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CP STE PHARMACIE GOLICITY BDC N° 9 - Bld. Hassan II - Casablanca Tél: 0522 55 07 09	18/07/2022	438,90

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

**Docteur Mohamed El HOUARI**

SPECIALISTE DIPLOME DE LA FACULTE DE

MEDECINE DE PARIS

**PEDIATRE**

Toxicologie et Pharmacologie Clinique

Asthme de l'enfant

Membre de la société Franciase

de Pédiatrie

SUR RENDEZ-VOUS

**الدكتور محمد الهواري**

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الأطفال

أمراض التسمم و بحث الأدوية

أمراض الربو للأطفال

عضو في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال

بالموعد

18 JUIL. 2022

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

Zekri Anya L'ATTA

79,00 x 3 Lait Novartse Ae I



84,00 Keluape goutte  
5 gouttes directement  
dans la bouche la 3 fois  
par 24 heures  
des coliques -  
56,30 VIT D 3 25 mcg n° 6

Lot: 220083  
A consommer de préférence avant le: 03/2025  
PPC: 84,00 DH

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21K25D  
EXP: 11/2023

المسيرة الخضراء - الدار البيضاء الهاتف : العيادة : 0522 99 57 38 / 0522 99 57 39

75, Bd Al Massira Al Khadra - Casablanca

Téléphone : C. : 05 22 99 57 38 / 05 22 99 57 39 - Fax : 05 22 99 57 40

un ampoule Afrine boire  
par semaine pendant  
4 semaines

8,60

Doliprane 100



1 suffis toutes les 6  
heures si fièvre à  
38°C ou plus

53,00

Dakheria fel buccal



438,90

50 g sans j'en

STEPHARMACIE GOLF CITY  
Centre commercial de la Palmeraie Golf City  
RDC N° 9 - 4ème étage - Casablanca  
Tél: 05 22 59 07 09

DR. Mohamed EL-HOUAR

SPÉCIALISTE EN PEDIATRE  
Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris  
15, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca  
Tél: 05 22 99 57 38 - 05 22 99 57 39

# DOLIPRANE®

100 mg suppositoire sécable (de 3 à 8 kg)  
150 mg suppositoire (de 8 à 12 kg)  
200 mg suppositoire (de 12 à 16 kg)  
300 mg suppositoire (de 15 à 24 kg)

Doliprane® 100 mg  
PARACETAMOL  
10 SUPPOSITOIRES SECABLES



6 118000 040286

## COMPOSITION QUALITATIVE ET

Doliprane 100 mg : paracétamol  
Doliprane 150 mg : paracétamol  
Doliprane 200 mg : paracétamol  
Doliprane 300 mg : paracétamol  
Excipient

PPV 80H60  
PER 11/24  
LOT K3201

8160

## FORME PHARMACEUTIQUE

Doliprane 100 mg suppositoire sécable ..... Boîte de 10 suppositoires  
Doliprane 150 mg suppositoire ..... Boîte de 10 suppositoires  
Doliprane 200 mg suppositoire ..... Boîte de 10 suppositoires  
Doliprane 300 mg suppositoire ..... Boîte de 10 suppositoires

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE - ANTIPIRETIQUE

(N: Système nerveux central)

## DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

## DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Allergie connue au paracétamol
- Maladie grave du foie
- Inflammation récente anale ou rectale ou saignement récent du rectum
- En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

## MISES EN GARDE SPECIALES

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre «posologie»)

## PRECAUTIONS D'EMPLOI

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de doute ne pas hésiter à demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

## INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Signaler la prise de Doliprane à votre médecin en cas de prescription de dosage de l'acide urique sanguin ou de la glycémie.