

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

M22- N° 004906

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 300 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : Tahiri Malika
 Date de naissance : 16/07/1956
 Adresse : 9, Rue Ovalili Maarif 2038
 Tél. : 0522983863 Total des frais engagés : 321,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 17/10/2023
 Nom et prénom du malade : Tahiri Malika Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Pharyngite - Bronchite
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
17/10/22		1	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/10/22	171,70

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 l'ODF.

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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] 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

Docteur DEBBARH Laïla

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imm. 3
Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98.22.57

الدكتورة الدباغ ليلي

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالرباط

الطب العام

إقامة نادية - المركز التجاري - عمارة 3
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)
المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 98.22.57

صيدلية نرجس
PHARMACIE NARJIS
31 Bd. Yacoub El Mansouri
Tél: 0522 98 22 57 / 0522 99 39 86

Casablanca, le 17/10/22

Tahar, Larika

69,00 - Biovanic 500

1cp à midi (SV)

40,00 - Loté pred 20mg

3cp eff après petit déjeuner (SV)

21,70 - Pectyl sup

1cs matin
midi (SV)

40,00 - Histanorm cp

1cp les 12h (SV)

171,70

Docteur DEBBARH Laïla
Médecine générale
Centre Commercial Nadia - Imm 3
Route d'El Jadida - Maârif - Casa
Tél: 0522 98 22 57

Cotipred®

prednisolone

(métaulfobenzoate sodique)

20 mg

20 comprimés
effervescents
sécables

Cotipred® 20 mg 
prednisolone
20 comprimés effervescents sécables



6 118000 041016

AMM N° 306 DMP/21/NCdP



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

كوتبرد®

بردنزلون

(ميتا سلفوبينزوات صوديوم)

20 ملغ

20 قرصا فوارا
قابللا للكسر

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métaulfobenzoate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

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

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

PPV : 40DH00

PER : 08/25

LOT : L2794

b

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebla - Casablanca
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

دواعي الاستعمال - موانع الاستعمال

احتياطات الاستعمال:
انظر النشرة داخل العبوة

AMM N° 17 DMP/21

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS
PRECAUTIONS D'EMPLOI : Voir notice

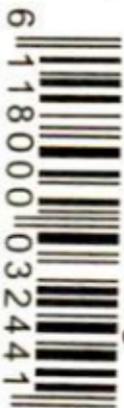


مستحضرات الصيدلانية العربية
للأدوية

21، زقاق الأرواية - الدار البيضاء - المغرب

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NOIR
21, RUE DES OUDAVA - CASABLANCA - MAROC

HISTANORM®
15 comprimés 10 mg



هدستانورم® 10 ملغم
كوراتادين

15 قرصا



Handwritten signature in blue ink.

HISTANORM® 10 mg 15 comprimés

PPV 400H00

EXP 11/2023

LOT 10030 2

للأدوية
LAPTOPHARM

500 ملغ

BioVanic 500 mg
5 Comprimés
Deva Pharmaceutique



بيوفانينك

ليفوفلو كساسين

LOT: M0806
PER: 06/2024
PPV: 69,00DH

مضاد حيوي

بيوفانينك

ليفوفلو كساسين
أقراص ملبسة عن طريق الفم



500 ملغ

مضاد حيوي

أقراص ملبسة عن طريق الفم

5

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. وأجدي صيدلي مسؤول
146-147 المنطقة الصناعية بيطانييل - الدار البيضاء

البربر 99

150 مل



شرب منظم للصدر

بروستستين - سوليفوراكول

بيجيتريل®

PPU 22DH70
EXP 05/2025
LOT 25009 1

PECTRYL®

SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP

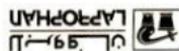
150 ml



PECTRYL®
SIROP 150 ml

LABORATOIRES
DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
D'AFRIQUE DU NORD
21, RUE DES OUDAYA
CASABLANCA - MAROC

المصنوع في
الجزائر
21، شارع الأودايا



Ce sirop peut être administré au
diabétique et en cas de mauvais état
dentaire ou de régime hypocalorique
du fait de sa formule sans sucre.

حالة حمية لتجفيف السعال الجراي.
السكري وفي حالات الأستساق أو في
على سكر، يمكن استعماله كمرحب
في أن يرتفع هذا الحلق للشراب لا يتغير