

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0056262

couleur  
142650

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0056262

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 : .....

**FEUILLE DE SOIN N°**
**DATE DE DEPOT**
**W**
**A REMPLIR PAR L'ADHERENT**

NOM & Prénom	IDRISSI MBARK	Téléphone	06.68.32.01.14
Fonction	Matricole 3189	Mail	

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

NOM & Prénom du patient :	ABALAGH AOUIACH	Age	01/01/1963	Date de la première visite
---------------------------	-----------------	-----	------------	----------------------------

Nature de la maladie: HTA, lombalgie, SL	Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	
---	--

**RELEVE DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN**

Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
16.12.2022	C	80DH	

**INP 041194655**
**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Dates	Montant de la facture
16/12/22	644,17

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

**SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				<b>Montant des soins</b>
				<b>Début d'exécution</b>
				<b>Fin d'exécution</b>
				<b>Coefficient des travaux</b>
				<b>Montant des soins</b>
				<b>Date du devis</b>
				<b>Fin de l'exécution</b>

**VOLET ADHERENT**

NOM du Patient :		DECLARATION N°	Garde MUPRAS
		W	
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>

DR. ABDELAZIZ BENHMID

Médecine Générale  
Échographie

DU De Diabétologie à L'université Paris 13  
Ancien Médecin chef au ministère de la santé  
Ancien Médecin du groupe OCP



الدكتور عبد العزيز بنحميد

الطب العام  
الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طبيب سابق بالجمع الشفيف للفوسفات

Sidi Ifni, Le : 16/12/2002 سيدى إفني, في :

Mr, Mme, Melle :

Abdelaziz Benhmid  
Dr. Abdelaziz Benhmid  
Diabetologie Echographie  
Tél: 05.28.87.59.96

959-  
x3

= 239,  
+ 1

120-

21

- 40,-

Pharmacie EL OUAFI  
Driss BENHAMMED  
Tél : 05.28.87.56.96  
Av. CAIRN - Sidi Ifni  
INP : 040274161  
ICE : 001231294000066

3/

Doliprane 400 mg

1 ampoule flacon H100

Pharmacie EL OUAFI  
Dr. Driss BENHAMMED  
Tél : 05.28.87.56.96  
Av. CAIRN - Sidi Ifni  
INP : 040274161  
ICE : 001231294000066

5/

Doliprane 400 mg

2 x 31

Vexigrip Tetra

6/

IBU 500 mg Deltadot 600 mg

Dr. Abdelaziz BENHmid  
Diabetologie Echographie  
Tél: 05.28.87.59.96

RDV Le :

05.28.87.59.96 - الهاتف : 05.28.87.59.96 - سيدى إفني

Amical AL FATH en face du camping municipale - Sidi Ifni - Tél : 05.28.87.59.96

Lot 05

16/12/2002

PPV:20DH00  
PER:09/25  
LOT:L3024

၅

ပြည်ထောင်စုနယ်ရှိယဉ်ယူနစ် - အမှတ်ပါန်းများ  
ပြည်ထောင်စုနယ်ရှိယဉ်ယူနစ် - အမှတ်ပါန်းများ ၁၃၈၂  
မြန်မာနိုင်

၁၁။ လွှာ နှင့် လွှာ



၁၁။ လွှာ နှင့် လွှာ

၁၁။ လွှာ နှင့် လွှာ

၁၁။ လွှာ နှင့် လွှာ

၁၁။ လွှာ နှင့် လွှာ

၁၁။ လွှာ



ပြည်ထောင်စုနယ်ရှိယဉ်ယူနစ် - လွှာ နှင့် လွှာ - အမှတ်ပါန်းများ

၁၁။ လွှာ နှင့် လွှာ

PPV:20DH00  
PER:09/25  
LOT:L3024

၅

ပြည်ထောင်စုနယ်ရှိယဉ်ယူနစ် - အမှတ်ပါန်း အမှတ်ပါန်း  
ပြည်ထောင်စုနယ်ရှိယဉ်ယူနစ် - အမှတ်ပါန်း အမှတ်ပါန်း  
မန္တလေး ၂၄၃

၁၁၈။ မြန်မာ ပြည်



မြန်မာနှင့် အခြား အမြတ်ပါန်းများ

မြန်မာနှင့် အခြား အမြတ်ပါန်းများ

မြန်မာနှင့် အခြား အမြတ်ပါန်းများ

မြန်မာနှင့် အခြား အမြတ်ပါန်းများ

ရွှေ



ပြည်ထောင်စုနယ်ရှိယဉ်ယူနစ် - နှင့် အမြတ်ပါန်းများ

၁၆၂၇ ရွှေ

2022/2023  
Saison/Season

4

Chlorure de sodium, phosphate disodique dihydrate, phosphatemonopotassique, chlorure de potassium, eau pour préparations injectables  
 Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
 Lire la notice avant utilisation.  
 Conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C). Ne pas congeler.  
 Conserver la seringue dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière.  
 Liquide dans la prévention de la grippe.

Virus de la grippe (inactivé, fragment) des souches suivantes\* :  
 A/Darwin/9/2021 (H3N2) - souche analogue  
 B/Austria/1359417/2021 - souche analogue  
 B/Pkuket/3073/2013 - souche analogue  
 15 microgrammes d'hémagglutinine par souche pour une dose de 0,5 ml  
 Suspension injectable en seringue pré-remplie  
 Suspension pour injection pré-remplie

## Vaxigrip Tetra.

utilisées sur ce(s)



PC/ITIN : 036647980033390  
 MANUF. : 22052022  
 Lot : W3D901V  
 EXP. : 04-2023

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat -R.P.1.  
 Ain sebaâ Casablanca  
 VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml  
 sol inj b1  
**P.P.V : 125,30 DH**  
  
 5 118001 082247

# TENORMINE® 100 mg

ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
احترم المقدار الموصى به

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
بحصر فقط بوجب وصفة طبية - لستة ا

PER : 04 2025  
LOT : 22E001V

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



9 118000 011590

O

**Maphar**

Boulevard AL KIMIA N°6 Qi-Sidi Bernoussi,  
Casablanca.

# TENORMINE® 100 mg

ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
احترم المقدار الموصى به

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
بحصر نقطة بوجب وصفة طبية - لستة ا

PER : 04 2025  
LOT : 22E001V

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



9 118000 011590

O

**Maphar**

Boulevard AL KIMIA N°6 Qi-Sidi Bernoussi,  
Casablanca.

# TENORMINE® 100 mg

ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
احترم المقدار الموصى به

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
بحصر فقط بوجب وصفة طبية - لستة ا

PER : 04 2025  
LOT : 22E001V

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



9 118000 011590

O

**Maphar**

Boulevard AL KIMIA N°6 Qi-Sidi Bernoussi,  
Casablanca.



قائمة أ - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

6 118001 130184

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg  
30 comprimés à Libération Modifiée  
PPV : 79,90 DH

14011124



مختبرات سرفيس - فرنسا

Les Laboratoires Servier - France

Fabricant / المصنّع

Les Laboratoires Servier  
Industrie - 905, route de Saran  
45520 Gidy - France



**SERVIER**

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Rte d'Azemmour,

20180 Casablanca

# Doliprane®

## 1000 mg

· PARACÉTAMOL



bottu s.a.  
S. Bachouchi - Pharmaciens Responsables  
**b**

**COMPRIMÉ**

**ADULTE**  
10 Comprimés

PPV: 14DH00

PER: 09/25

LOT: L2928



LOT : M21165  
EXP : OCT 2024  
PPV : 52,00 DH



10 suppositoires  
100 mg

Vole rectale

Novartis

Volterène®  
**100 mg**  
Diclofénac sodium

Pour adultes  
Antirhumatismal, Anti-inflammatoire