

## 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° W19-538328

142934

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7576 Société : RETRAITE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE


Nom & Prénom : HADDOUCHE DRISS

Date de naissance : 28 NOVEMBRE 59

Adresse : VILLA F.M. cité EL HANNA AGADIR

Tél. : 0661942618 Total des frais engagés : 634,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 28/11/22

Nom et prénom du malade : DRISS HADDOUCHE Age : 63 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète sucré

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 : AGADIR Le : 28 / 11 / 22

Signature (e) :

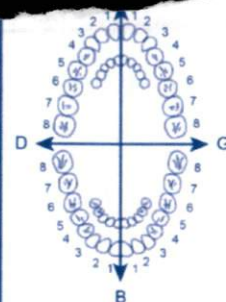
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28.11.92	C1		Gratuit	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>Dr. Saïda DOUAN</b> Médecin Généraliste Hôpital Hassan II Agade

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Dr. Khafiz Lotti Agadir Docteur en Pharmacie A. Agadir Tél. : 05 28 23 99 00</p>	28/11/22	634.95

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

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



A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by 16 piers. The piers are numbered 1 through 16, starting from the top center and moving clockwise. The bridge is labeled with 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'G' on the right. The piers are arranged in a circular pattern, with the arch rising from the center and curving down to the sides.

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


DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Le: 28.11.22

(12637) Driss ADDOUCHE

1/ Augmentin 7: 1 sachet x 2 j x 6 j

(7972) x 2  
2/ Azix 500 mg: (2 boîtes) 1 cp/j x 6 j

(2150) x 4  
3/ Oxillolaccinum: 4 boîtes

1 dose x 3 j - x 2 j

63.20 jours 1 dose/semaine x 8 mois

4/ Zyrtec 4: (1 boîte)

634.90

14 j x 15 j

BOTTU SA  
PPV : 71DH50

États grippaux

oscilloccinum®

6 doses



BOIRON®



CIP: 3400932811007

LOT: 2C0364

EXP.: 05/2021

BOTTU SA  
PPV : 71 DH 50

0629  
États grippaux

oscillococcinum®

6 doses



CIP: 3400932811007

LOT: 3E0039

EXP: 10/2023

BOTTU SA  
PPV : 71 DH 50

États grippaux

oscilloccinum<sup>®</sup>

6 doses



BOIRON<sup>®</sup>



CIP: 3400932811007

LOT: 160341

EXP.: 03/2025

BOTTU SA  
PPV : 71DH50



États grippaux

oscilloccinum®

6 doses



BOIRON®

CIP: 3400732611007

LOT: 2F0251

EXP: 05/2024

1g / 125 mg

# AUGMENTIN

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

## AUGMENTIN 1g<sup>/125 mg</sup> sachets

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des  
repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 126,30 DH  
LOT: 649745  
PER: 03/24



**AZIX<sup>®</sup>**

Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 11/23

LOT: J3282



**AZIX<sup>®</sup>**  
Azithromycine

**500 mg**



**3** Comprimés  
séçables

bottu <sup>s.A.</sup>

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**b**



**AZIX<sup>®</sup>**

Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 11/23

LOT: J3282



**AZIX<sup>®</sup>**  
Azithromycine

**500 mg**



**3** Comprimés  
séables

bottu <sup>s.A.</sup>

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

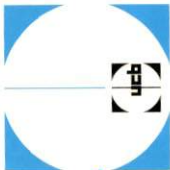
**b**





63, 80

زيرتيك 10 ملغ<sup>®</sup>  
سيتيريزين ديكلورهيدرات



Zyrtec<sup>®</sup> 10mg

15 قرصا ملبسة قابلة للكسر

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec<sup>®</sup> 10mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158