

# IMPORTANTS A LIRE POUR 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 54241

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4798 Société : RAJ

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FADHIL QUANTE 145914

Date de naissance : 17.12.43

Adresse : 18 Av. Hassan Sekhi

Tél. : 0662940937 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELHOSSINE DRISSI Med  
Pneumologue - Allergologue  
59, Bd Rahal El Maskini - Casablanca

Date de consultation : Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71

Nom et prénom du malade : SEDDIKIOU CHERIFA Age:

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 : 05/01/23

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
05/12/23		02	300	 <b>DR. BELHOUSINE DRISSINE</b> Pneumologue - Allergologue 59 Bd Raja El Makhini - Casablanca Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DU MARCHÉ CENTRAL</b> 152, Bd Mohammed V - CASA Tél: 0522 22 19 48	05-04-2023	197,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

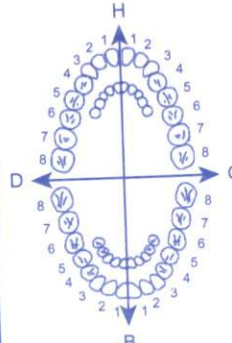
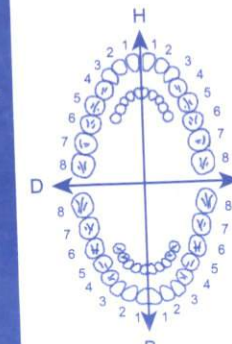
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, 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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 BELHOUSINE DRISSI Mohammed

PNEUMOLOGUE-ALLERGOLOGUE

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires

et des Allergies Respiratoires

Pléthysmographie - Bronchoscopie

Pathologie du Sommeil - Ronflement

الدكتور بلحسين إدريسي محمد

خريج جامعة كرونوبل بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

أمراض الرئة - الضيقة - داء السل

أمراض الحساسية - أمراض الشخير

Casablanca le : 05/01/2023 : الدار البيضاء في :

MME SEDDIKIOUI CHERIFA

15,30

- Vita c 1000 sans sucre  
1 cp matin pdt 10 jours

Pharmacie du Marché central  
Sans vignette

14,50

- Andol 1000  
1 cp trois fois par jour 3 jours

Pharmacie du Marché central  
Sans vignette

79,70

- Zithromax 500 mg  
1 cp le premier jour puis 1/2 cp par jour pdt 4 jours

Pharmacie du Marché central

40,30

- Strepsils sans sucre  
1 cp à sucer 3 fois par jour

Pharmacie du Marché central  
Sans vignette

47,80

- DAZEN  
1 comprimé 3 fois par jour , , pendant 7 jours

PPV:40 DH 30

197,60

Pharmacie du Marché central  
Sans vignette

Dr. BELHOUSINE DRISSI Med  
Pneumologue - Allergologue  
59, Bd Rahal El Maskini - Casablanca  
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71

PHARMACIE  
DU MARCHÉ CENTRAL  
152, Bd Mohammed V - CASA  
Tél: 0522 22 19 48

# دازين 10.000 وحدة سرابتاز

47,80

40 قرصا ملبسا  
معدى - مقاوم  
عن طريق الفم



مختبرات سينتيميك  
20 - 22 زنقة زبير بن العوام  
المنصور السوداء - الدار البيضاء

DASEN<sup>®</sup> 10 000 UI  
Serrapeptase  
40 Comprimés entrobés gastro-résistants  
6 118000 181064



PPV :  
EXP :  
Lot N° :

Pfizer

زيتروماكس  
أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: 07 2024

P.P.V.

79 70

LOT N°: G J 3 5 9 4

09366030/4



1000  
عن طريق الفم  
مبلغ



# أندول

باراسيتامول  
للآلام و الحمى

أقراص فوارة 8x



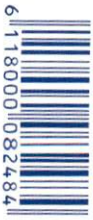
COOPER  
PHARMA

**COMPOSITION:**  
Paracétamol ..... 1000mg  
Excipients ..... q.s.p un comprimé effervescent  
Excipients à effet notoire : Sodium, Aspartame, Sorbitol.  
**COMPOSITION:**  
Paracétamol ..... 1000mg  
Excipients ..... s,q,f one effervescent tablet  
Excipients with known effect Sodium, Aspartame, Sorbitol.

41, Rue Mohamed Diodi 20110 Casablanca - Maroc  
At: Route محمد الدودي 20110 الدار البيضاء - المغرب  
Amnia Daoudi : Pharmacie responsable - Head pharmacist  
لبنية داودي - الصيدل المسؤول

Fabrique par / Manufactured by /  
MC PHARMA : ZI Ouled Saleh - Nouaceur

**ANDOL 1000 mg**  
8 Comprimés effervescents



**ANDOL®**  
PARACETAMOL

Douleurs - Etas fébriles / Pain - Fever



1000  
عن طريق الفم  
مبلغ

Comprimés Effervescents / Effervescent Tablets 8x

14,50

EXP :  
LOT N° :

# Vita C 1000<sup>®</sup>



**sans sucre**

10 comprimés effervescents

VITAMINE C

Laprophan

Vita C 1000<sup>®</sup>

Vita C 1000<sup>®</sup>

10 comprimés effervescents

sans sucre



PPV 15DH30  
EXP 08/2025  
LOT 29044 3

AMM N° 29 DMP/21

الإستعمال - كيفية الإستعمال

RESERVE A L'ADULTE ET A  
POSOLOGIE - INDICATION  
MODE D'EMPLOI : Voir notice

إدارة والرطوبة.  
Tubo à conserver bien fermé  
de l'humidité.

تعليمات  
Tenir hors de la portée et