

## 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- 1654869

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05140 Société : Ram  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BARRANE HAMID  
Date de naissance : 31/05/1963  
Adresse : 27 rue Bouae SANJARI CASABLANCA  
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) :



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28-05-23	69,00
	27-05-23	60,60

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <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																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA  
240 ROUTE D'EL JADIDA  
CASABLANCA TEL:257825/253961  
ICE:000093373000056  
RC:274003 IF:14405141 CNSS:9428097

27/05/2023

F A C T U R E N° 1985

CLIENT : BARRANE

HAMID

QTE	D E S I G N A T I O N	P P V	MONTANT
1	TRIMEDAT 150 MG /20 GELLULES	47.20	47.20
1	COLCHICINE CP	13.40	13.40
MONTANT FACTURE			60.60

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
SOIXANTE DIRHAMS 60 CTS

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE  
ROUTE D'EL JADIDA  
240, Bd Brahim Roudani  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 57 46

13,40

# كولشييسين 1 ملغ

أوبوكالسيوم  
كولشييسين

عن طريق الفم

Colchicine 1mg  
OPOCALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

20 comprimés sécables

Colchicine 1mg  
OPOCALCIUM

# Trimedat®

150 mg

Trimébutine maléate

LOT : 2914

UT. AV : 08-26

P.P.V : 47 DH 20

# Trimedat®

150 mg

Trimébutine maléate

Voie orale

20 gélules



20 gélules

Voie orale

PHARMA 5

68x22x95

(101x42x42) mm



# MYCODERME® 1%

Poudre dermique  
Nitrate d'éconazole

LOT : 08221003  
PER : 02/2026  
PPV : 49,00 DH

Usage externe

Flacon de 30 g



## Composition par 100 grammes

Nitrate d'éconazole ..... 1 g  
Acide borique ..... 10 g  
autres excipients ..... q.s.p

مكونات من أجل 100 غرام

1 غ ..... نيترات الإكونازول  
10 غ ..... حمض البوريك  
ك.ك.ل. ..... سواغات أخرى

AMM N° : 168/16 DMP/21/NRQ

MYCODERME® 1%

Poudre dermique  
Nitrate d'éconazole



PHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA  
240 ROUTE D'EL JADIDA  
CASABLANCA TEL:257825/253961  
ICE:000093373000056  
RC:274003 IF:14405141 CNSS:9428097

28/05/2023

F A C T U R E N° 1986  
-----

CLIENT : BARRANE

HAMID

QTE	D E S I G N A T I O N	P P V	MONTANT
1	DOCIVOX CP A SUCER	69.00	69.00
MONTANT FACTURE			69.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
SOIXANTE NEUF DIRHAMS 00 CTS

PHARMACIE EL FARAFARMACIE  
ROUTE D'EL JADIDA  
240, Bd Brahim Roudani  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 57 46

# Docivox®

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES  
(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

**Maux de gorge**  
**Enrouements passagers**

x20

Goût menthe - miel - citron

Apaise et dégage les voies respiratoires  
Adoucit la gorge irritée en cas de toux  
Renforce les défenses naturelles

LOT: 220609  
DLUO: 07/2025  
69,00 DH



Laboratoires Pharmaceutique  
LQUAIDI Pharmacie Responsable



# Docivox®

x20

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES  
(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

**Maux de gorge**  
**Enrouements passagers**



Goût menthe - miel - citron

Code : AC2 - 00142