

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° M21- 0020969

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3242 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : EL AJI chadia
 Date de naissance :
 Adresse : Rue 76 n° 35 groupe P oulfa Cas
 Tél. : 0666339277 Total des frais engagés : 541,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : LONKILI EL AJI chadia Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection gynécologique
 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
15/05/23	C		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/05/2023	488,00.
	15/05/2023	58,20.

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 :

Veuillez 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			
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le :

15/05/23

N^o LOUKH'N AL AFI chadiv

1. Agix 500mg

79.70 x 4 = 318,80

1 cp 1j x 10j

2entab

ur, 90

1 cp 1j

1. cotimed

juil. 60

3 cp 6 matin

Cetonyl 1000mg

13,2 x 2

1 cp x 21j

• Vitamine D3 2090

1 amp 1 semaine

• Butamyl

1 cp x 21j

2160

PHARMACIE DU NIL
451, Bd. Oum-Rabii
Casablanca



482000

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,90 DH
ID : 161209 : 01
6 118001 141357

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C et à l'abri de la lumière.

PPV 79DH70
PER 11/23
LOT J3106

PPV 79DH70
PER 12/25
LOT 1.2603

de 5 ml.

AMM N° : 167DMP/21/NRQR

BUTAMYL®

Salbutamol
Flacon de 150 ml

P.P.V. : 21,40 DH

6 118000 190189

مختبرات غالينكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

PPV : 79DH70
PER : 10/23
LOT : J2783

PPV : 79DH70
PER : 10/23
LOT : J2783

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,90 DH
ID : 645126
6 118001 141357

Composition : AMM N° : 209/II/DMP/21/NNP
Paracétamol 1000 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 10 comprimés
Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

CETAMIT® 1000 mg
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH
6 118000 191438

CETAMIT® 1000 mg
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH
6 118000 191438

BATCH MAN 1020
HP404 EXP 0924

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses
تعليمات الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II
لائحة II

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Composition : AMM N° : 209/II/DMP/21/NNP
Paracétamol 1000 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 10 comprimés
Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

PHARMACIE DU NIL
HAY OULFA CASABLANCA
PATENTE: 36004560

ICE 001644535000081

INP: 092045194

Le... 15/05/2023.

FACTURE

NOM: Mme Loubili El Agi CHADIA

PRODUITS	NOMBRE	PU.	TOTAL
doliprane 500 eff	2	15,80	31,60
doliprane 500 recable	2	10,30	20,60
			52,20
Arrêtée la présente facture à la somme de			
cinquante huit dirhams, 20 centimes.			

PHARMACIE DU NIL
451, Bd. Oum-Rabii
Casablanca

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme
de métasulfobenzoate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé
effervescent sécable

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

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

PPV : 48DH50

PER : 01-24

LOT : J2690

Cotipred®

prednisolone

(métasulfobenzoate sodique)

20 mg



20 comprimés
effervescent
sécables

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescent
sécables



AMM N° 306 DMP/21/NCdP



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable