

# 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  
M23-0024102

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2820 Société : 180707  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHALEN Neftaha.  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0661311433 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 : 21 / 10 / 2023  
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
<b>PHARMACIE ACHRAF</b> <i>Dr. Slimane Achraf</i> Rès. Annajd - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA Tél.: 05 22 99 67 63 - Fax : 05 22 99 64 17	21.12.23	360,60

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

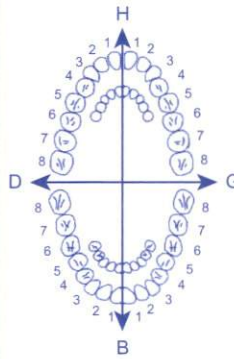
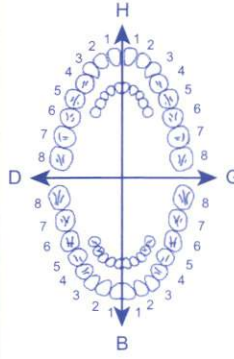
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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																						
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
				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



PHARMACIE ACHRAF  
Dr. SLIMANE Slimane  
BON DE LIVRAISON

Page :1

N° BON DE LIVRAISON 113758  
Date :21/10/2023

Client :  
MEFTAHA GHALEM

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
NALGESIC 36 GELU	1	76.50	76.50
TEGUMA 250 MG 28 COMP	1	199.00	199.00
RELAXOL COMP	1	53.10	53.10
EUCARBON 30 COMP	1	32.00	32.00

Total TTC = 360.60

Arrêtée Le Présent Devis à La Somme De : TROIS CENT-SOIXANTE- DHS 60 CTS

Bon rétablissement



442 RESIDENCE ANNAJD Angle Av Anwal et Av stendhal cite plateau CASABLANCA Tel:0522 98 97 63  
Fax:0522 99 64 17 R.C :275144 - Patente:34712528 - I.F: 42205000 - CNSS: 6017736 - I.C.E: 000448700000012



LOT : 211002  
EXP : 06/2024  
PPV : 199,00DH

UT. AV. :

LOT N° :

PPV (DH) :

تيربينافين  
©

أقراص قابلة للكسر

28 x

مدة صباح  
زوال

COOPER  
PHARMA

250  
من طريق الفم

○  
TEGUMA® 250 mg  
28 comprimés sécables





رولاكسول® 500 ملغ / 2 ملغ

باراسيتامول / ثيوكولشيكوزيد

20 قرصا

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - liste I  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20



P.P.V : 53DH10



LOT : 22E003

PER.: 01 2025



**SURDOSAGE = DANGER**

Ne pas prendre un autre médicament  
contenant du paracétamol.

Dépasser la dose peut détruire le foie.

Adultes à partir de 16 ans : 1 à 2 comprimés  
par prise minimum 4 heures d'intervalles. Ne  
pas dépasser 6 comprimés par jour sans avis  
médical.



Lot: 3 0 7 S A  
1 2 . 2 1 2 5  
EXP: 3 2 . 0 0 0 H S

32,00

PPV:

# أوكاربون®

مسحوق فحم نباتي · خلاصة الراوند · أوراق السنّا · كبريت منقى

عن طريق الفم · 30 قرصا

# Nalgesic®

## Fénoprofène

# 300 mg

36 Comprimés pelliculés

Voie orale



LOT  
EX  
PV

217043  
01 2024  
76.50

26,50



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS