

**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**

M23-0024366

- Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 50048 Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : ABDELKRIM FATIMA V<sup>U</sup>E OUAHACHACHI

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0675 161214 Total des frais engagés : ..... Dhs

191179

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 / 11 / 2023

Nom et prénom du malade : OUAHACHACHI Fatima Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Lombalgie

Affection longue durée ou chronique :  ALD       ALC      Pathologie : .....

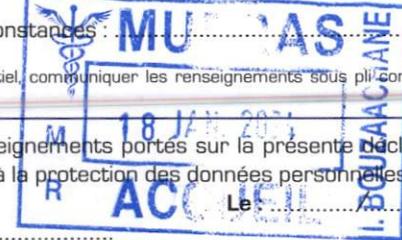
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
29/11/2023	C.T.P. Ecographie Abdominale	1	200,000 DHS	 Dr. BOUALAM ABDOU ZIE Diplômé en Echographie Générale ICEN N° : 00169212000046 INPE : 011034029

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL AKSA N° d'Ident. à l'Etat 15 Route de Marrakech Tél : 05 24 61 23 74	29/11/23	535,10 #

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

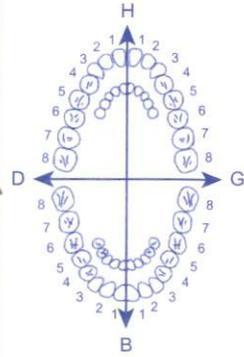
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

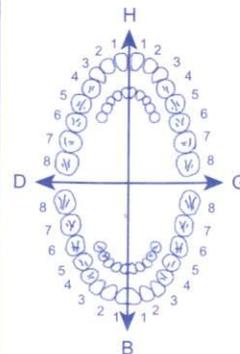
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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**

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



**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	Coefficient 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 BOUALAM Abdelaziz**

Diplômé En Echographie Générale  
De la Faculté de Montpellier

Médecine Générale

Expert Assermenté Prés les Tribunaux

**الدكتور بوعلام عبد العزيز**

مجاز في الفحص بالصدى الصوتي  
من كلية الطب بمونبولي

الطب العام

خبير محلف لدى المحاكم

Marrakech le : 29.11.2023 مراکش في

36,20 x 2 ~~ouah~~ fatigue

- 1) STABIN 700 (SV)
- 2) No-lip (SV)
- 3) Auler (SV)
- 4) Algill (SV)
- 5) Dace (SV)
- 6) Algine (SV)
- 7) Muxol (SV)

Adresse : 119, Rue Mohammed El Beqal Marrakech – Guéliz . Tél : 05-24-44-65-42

Email : boualamabdelaziz@gmail.com

# أوميرازول 20 ملغ ولصير®

كبسولات مقاومة لأحماض المعدة

عن طريق الفم  
28 كبسولة

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT: 22183  
PER: 03/2025  
PPV: 102,00 DH



Handwritten signature and date: 2025/03/03

Laboratoire pharmaceutique **IBERMA**  
ZI -Lot 149-Had Soualem- Maroc  
Sous licence laboratoire pharmaceutique  
**ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS CENTRUM, S.A.**  
Espagne Groupe A.S.A.C  
NADIA IBNTABET : Pharmacien responsable



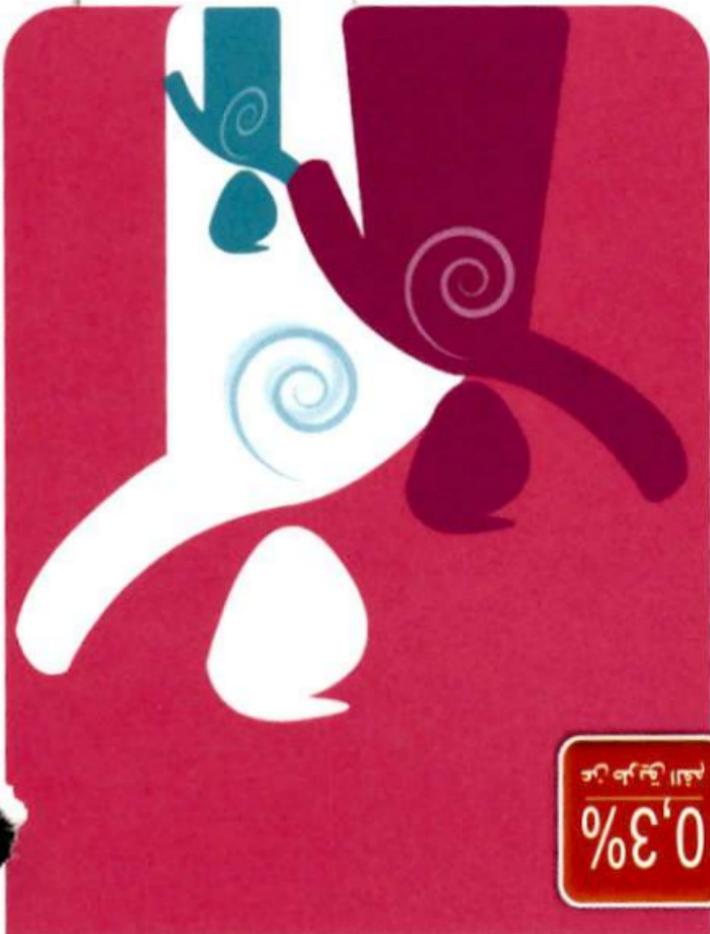
AULCER® 20 mg   
28 Gélules



6 118001 220038

مسحوق لسكر  
250 ml  
مادة

مسحوق لسكر  
250 ml



بدون سكر  
0,3%

موسكول  
أمبروكسول

PPV (DH) : 3 1 3 4

LOT N° :

UT. AV. : 32,60

موسكول  
أمبروكسول

بدون سكر

SMB



Les laboratoires ERGO MAROC  
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.  
AMM N° : 24/16DM/P/21/NNP

Importé par : **Ergo Maroc**

Vitamine D3

Cholécalciférol 100 000 UI

# D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23C14  
EXP: 03/2026

14

MCP220MA003118  
09/06/2018

محلول زيتي الفيتامين

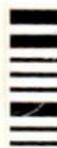
Solution huileuse buvable



3 .. / ..

1 .. / ..

2 .. / ..



# Stagid<sup>®</sup> 700 mg



COMPRIMÉS SÉCABLES

Embonate de metformine  
VOIE ORALE

30 COMPRIMÉS SÉCABLES

**MERCK**

LOT	231492
EXP	04 2026
PPV	36.20

# Stagid<sup>®</sup> 700 mg



COMPRIMÉS SÉCABLES

Embonate de metformine  
VOIE ORALE

30 COMPRIMÉS SÉCABLES

**MERCK**

LOT	231492
EXP	04 2026
PPV	36.20

**ALCIXFEN<sup>®</sup> 250**

naproxène

LOT : 06223009  
PER : 02/2028  
PPU : 47,90 DH

**30 Gélules**  
**Voie orale**



فرصة  
مليسا

30

20

لعمن طريق الفهم

# فنون الليدين

روزياتنا ستاتين



250,000

2

LOT 24745  
XP 1325  
PV 130310

13, 20

# ALGIK®

Paracétamol(500 mg) + Caféïne(50 mg)

**Antalgique et antipyrétique**

*Handwritten signature*

15 comprimés  
Voie orale

