

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

M23- N° 0031750

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9088 Société : BAN.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MORABBI Mohamed

Date de naissance : 04/10/1966

Adresse :

Tél. : 06 66 71 73 72

Total des frais engagés : 910,00 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 Gastrique

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0031750

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) : 910,00

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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

16/01/24

910,30

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

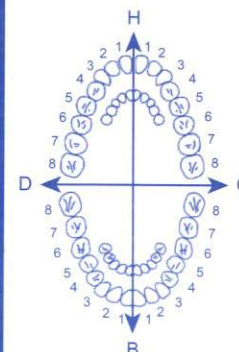
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

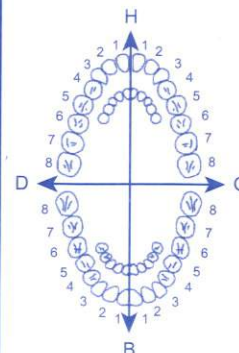
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## CABINET D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

## عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Professeur Driss Jamil  
البروفيسور إدريس جميل

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE  
أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Docteur Zineb Jamil  
الدكتورة زينب جميل

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE  
اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

16/01/2024

MR MORABBI MOHAMED

384,40

192,20 x 2

- Zeclar 500 mg - comprimé enrobé  
1 Comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 14 jours

128,20

- Aximycine 1g - comprimé dispersible  
1 Comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 14 jours

64,10 x 2

130,20

- Ultra levure 250 mg - gélule  
1 Gélule, matin, midi et soir pendant 14 jours avant repas

65,10 x 2

123,00

- TIDAZ 500mg - comprimé  
1 comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 14 jours

41,00 x 3

144,50

- Raciper 20 mg - comprimé  
1 Comprimé, matin et soir avant repas pendant 14j

144,50 x 1

T = 910,30

البروفيسور إدريس جميل  
أمراض الكبد والجهاز الهضمي  
201 شارع أنفا - الدار البيضاء  
الهاتف: 0522 94 61 61 / 0522 94 62 62

PHARMACIE ORTHOPEDIE  
DU MAGHREB  
M. TAZI YOUNES  
AVENUE DLS P.A.R. MOHAMMEDIA  
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880

Assisstantes : Laila 06 61 86 58 66 | Rajaâ 06 89 44 48 88 | E-mail : secretariatprjamil@gmail.com

201, Bd. d'Anfa 3<sup>ème</sup> étage (en face de l'école Espagnole Juan Ramón et au dessus de Ahmet chef) - Casablanca

https://pratisoft.idrissjamil.com/medication/v/1651216458/prescription/medical-prescription/10061



TED  
ide  
a

**PPV:144 DH 50**

CODE No.: HPIDRUGS/MNB/95/2

**RACIPER® 20 mg**  
28 comprimés gastro-résistant  
Voie orale

6 118001 300723

023004  
03/2004  
41DH00

**Tidaz® 500 mg**  
comprimés pelliculés - Boîte de 10

6 118000 440420

023004  
03/2004  
41DH00

**Tidaz® 500 mg**  
comprimés pelliculés - Boîte de 10

6 118000 440420

023004  
03/2004  
41DH00

**Tidaz® 500 mg**  
comprimés pelliculés - Boîte de 10

6 118000 440420

19220

**ZECLAR 500MG**  
CP PELL B14

6 118000 011842

19220

**ZECLAR 500MG**  
CP PELL B14

6 118000 011842

ULTRA-LEVURE 250 mg,  
20 gélules

6 118001 310159

1256 02 2023 02 2026  
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

EXP. :  
صالح لغاية:

ULTRA-LEVURE 250 mg,  
20 gélules

6 118001 310159

1256 02 2023 02 2026  
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

EXP. :  
صالح لغاية:

**AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles**  
PPV 64DH10 LOT 2N005 3  
EXP 05/2025

**AXIMYCINE® 1g**  
14 comprimés dispersibles

6 118000 031161

**AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles**  
PPV 64DH10 LOT 33049 8  
EXP 08/2025

**AXIMYCINE® 1g**  
14 comprimés dispersibles

6 118000 031161