

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



196156

Déclaration de Maladie

M23- N° 0037634

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3280 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SALHI Rasha  
 Date de naissance : 1949 à CASA  
 Adresse : 2 Rue NADARIS / ex Mouettes  
 FUME METANE CASA 02  
 Tél : 0669095376 Date des frais engagés : 148,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/02/2024  
 Nom et prénom du malade : SALHI Rasha Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : RM - ACFA  
 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 : 15/2/24 à CASA Le :  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
15-02-2024				

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
 Professeur Agrégé Cardiologie  
 5, Rue Med. Abdouh - Casa  
 Tél: 05 22 29 61 55 / 59 - 05 22 46 23 89

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ODYSSEE</b> Asmaa AMOR 15 Bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne Beausjour Casablanca Tél/Fax: 05 22 25 52 63		148,40
<b>PHARMACIE ODYSSEE</b> Asmaa AMOR 15 Bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne Beausjour Casablanca Tél/Fax: 05 22 25 52 63		

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

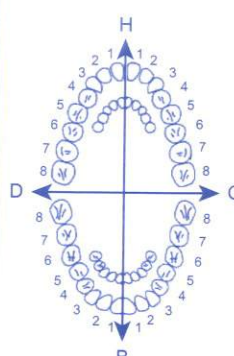
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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.

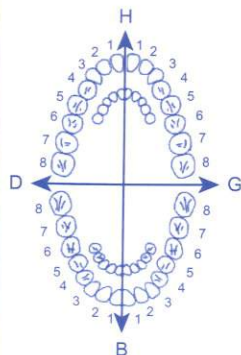
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**(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

**Docteur ALI EL MAKHLOUF**  
PROFESSEUR AGREGÉ  
CABINET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA  
Tél : 0522298155/59  
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 15 février 2024

Mlle SALHI Rabha

AMOXIL 1g  $51,40 + 55,00$

1 Prise le matin, 1 le soir pendant 8 jours

BRONCHOKOD SIROP  $21,40 + 20,60$

1 le matin, 1 le midi, 1 le soir pendant 8 jours

T: 148,40

PHARMACIE ODYSSEE  
Asma AMOR  
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne  
Beauséjour Casablanca  
Tél/Fax: 0522 25 52 63

PHARMACIE ODYSSEE  
Asma AMOR  
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne  
Beauséjour Casablanca  
Tél/Fax: 0522 25 52 63

Docteur ALI EL MAKHLOUF

DR. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89

مختبرات بيوتكاليفيك  
رقعة آنية كاربون 75014 باريس 53



125 مل

للبالغين

سائل للشرب

كاربوسستيتين

برانكوكود  
بدون سكر

Composition :  
Carbocistéine ..... 5 g  
Excipients à effet notoire :  
Parahydroxybenzoate de méthyle.

Prendre - cuillère (s) à soupe - fois  
par jour pendant - jours.

مراعات - ملاحظة - ملاحظة - ملاحظة  
في اليوم وللمدة - أيام

**bronchokod**  
Adultes sans sucre

NOVOPHARMA	1208
UT.AV	LOT
NOV 25	P.P.V. 21.40

PPV: 51,40 DH

LOT: 653229

PER: 07/2025



12 comprimés dispersibles

AMOXIL 1g



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance

يحفظ بعيداً عن متناول ومراي الأطفال  
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

allergies.

Ce médicament peut causer des

portée des enfants.

Tenir hors de la vue et de la

القرى والنمرو بابتداء قبل الاستعمال

utilisation.

Lire attentivement la notice avant

الاستخدام

اموكسيسيلين 1g. يحتوي هذا الدواء على

à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

Cet étui contient 12 comprimés doses

Contient de l'aspartam.

Excipient q.s.p. .... 1 comprimé

trihydrate) ..... 1g

Amoxicilline (sous forme de

Composition :

amoxicilline

**Amoxil**

1g

comprimés dispersibles

أخبر الطبيب في حالة حدوث الحساسية  
أخبر الطبيب في حالة حدوث الحساسية

avant ingestion

dans un demi verre d'eau

A mettre préalablement



no

A avaler avec un verre d'eau  
يبلع مع كأس من الماء





مختبرات بنو كالتيلان  
رقبة آنية كاريون 75014 بارس  
53

مل 125

لبناني

شراب

كاربوكسيستين

برانكوكود

**bronchokod**  
Adultes  
sirop

LOT:1153  
PER:01/25  
PPV:20,60DH



bronchokod 5 g/100 ml  
adultes  
sirop - 125ml

Composition :  
Carbocistéine ..... 5 g  
Excipients à effet notoire :  
Parahydroxybenzoate de méthyle,  
Saccharose.

Prendre – cuillère (s) à soupe – fois  
par jour pendant — jours.

مرات —————  
ملاعق كبيرة —————  
في اليوم ولعدة —————  
أيام —————  
يوجد



PPV : 55,00 DH  
 LOT : 652122  
 PER : 02/25



AMOXIL 1g 12 comprimés dispersibles

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance

**Composition :**  
 Amoxicilline (sous forme de trihydrate) ..... 1g  
 Excipient q.s.p. .... 1 comprimé  
 Contient de l'aspartam.  
 Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.  
 أوكسيميلين 1 ج. يحتوي هذا الدواء على الأسبارتام  
 Lire attentivement la notice avant utilisation.  
 اقرأ النشرة قبل الاستعمال  
**Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.**  
 Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال  
 هذا الدواء قد يسبب حساسية

**no**

A avaler avec un verre d'eau  
 يتلغ مع كأس من الماء



A mettre préalablement dans un demi verre d'eau avant ingestion  
 إضافة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط



**Amoxil 1g** amoxicilline comprimés dispersibles