

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.



203594

Déclaration de Maladie : N° P19-0014154

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9616 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KANA SAID Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hassan HAMIDI  
NEUROCHIRURGIEN  
157, Avenue Hassan Seghir - Casablanca  
Tél. 0522 44 79 92 / 95 - Fax: 0522 44 79 85  
ICE: 002021778000005 - INPE: 091072728  
05 AVR 2024

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Kana Said Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie (A) - Temp.

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) :

### 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



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
05 AVR 2024	U	1	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05-04-24 553,70	

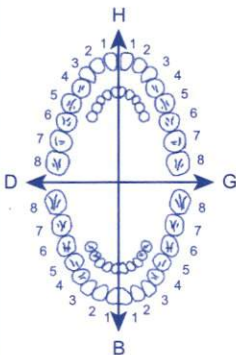
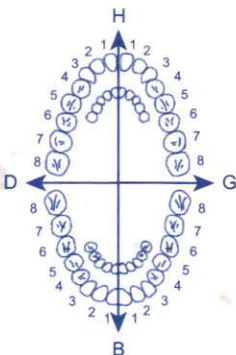
[illegible][illegible]

## 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	
					<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>Coefficient des Travaux</span> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <span>Montants des Soins</span> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <span>Début d'exécution</span> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <span>Fin d'exécution</span> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412    21433552  00000000    00000000  <hr style="width: 100%;"/> 00000000    00000000  35533411    11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>                      <b>G</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>Coefficient des Travaux</span> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <span>Montants des Soins</span> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <span>Date du devis</span> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <span>Date de l'exécution</span> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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"/>

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



الذی یحب حبیبہ

اختصاصي في جراحة أضرار  
الدماغ والأعصاب والعمود الفقري  
التخطيط الكهربائي للدماغ

LOT: 230319  
PER: 06/26  
PPV: 116,80 DH

Casablanca le 05 AVR 2024

## الدار البيضاء في

Kank said

40,00 x 25

1. Efficiency 20

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg Cpr GR  
Boite 14  
E41N5DMP21NRQ P.P.V: 115,50 DH  
6 118001 020607

PHARMACIE ABDESSAMAD  
DR. SARHANI ABDESSAMAD  
HAY AL-AZHAR, ZONE M, BLOC 12 N°4 ET 5  
( COMMUNE AHL LOGHILAM )  
SIDI BERNOUSSI - CASABLANCA  
Tél : 05 22 76 76 88  
INPE : 092000975  
ICE 00015

## 2. Neotropy (8)

1012

116.82

3

10/29/50

14 Jan

115.50 x 2

#### 4. Maximum 40

As a 1 (S)

PHARMACIE ABDESSAMAD  
Dr. SARHARD ABDESSAMAD  
CHAY AL AZHAR, ZONE 14, BLOC 1274 ET :  
( COMME NE AHE 173 GHILAM )  
SIDDIK SOULI CAS BLANCA

Avenue Hassan Seghir - Casablanca

**Tél. : 05 22 44 79 92 / 95 - الفاكس : 05 22 44 79 85**

$$T = 553.70$$

LOT 233080 1  
EXP 09 2027  
P P V 125.90 DH

22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires, casablanca

INEXIUM

40 mg

of 1998

641/15DMF

[illegible]

0 110001

020607

# EFFIPRED®

(Prednisolone)

## PRESENTATIONS

Boîte de 30 comprimés effervescents à 5 mg

Boîte de 20 comprimés effervescents à 20 mg

## COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg  
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....5 mg  
Excipient qsp.....1 comprimé effervescent
- Comprimés effervescents à 20 mg  
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....20 mg  
Excipient qsp.....1 comprimé effervescent

## PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique, utilisé principalement pour ses propriétés antiinflammatoire, antiallergique et immunodépressive.

## INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocriniennes, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence en une prise le matin.

## CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotiques ou antimycosiques.
- Certaines viroses en évolution (herpès, varicelle, zona, hépatite)
- États psychotiques encore non contrôlés par un traitement.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE

### En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres et enrichi en calcium
- Réduire l'apport en sodium en tenant compte de la teneur du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 20 mg de prednisolone, 10 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais réduire progressivement les doses en suivant la prescription.

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 400H00  
EXP 09/2026  
LOT 36009 3

# EFFIPRED®

(Prednisolone)

## PRESENTATIONS

Boîte de 30 comprimés effervescents à 5 mg

Boîte de 20 comprimés effervescents à 20 mg

## COMPOSITION

- Comprimés effervescents à 5 mg  
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....5 mg  
Excipient qsp.....1 comprimé effervescent
- Comprimés effervescents à 20 mg  
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....20 mg  
Excipient qsp.....1 comprimé effervescent

## PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique, utilisé principalement pour ses propriétés antiinflammatoire, antiallergique et immunodépressive.

## INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocriniennes, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence en une prise le matin.

## CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotiques ou antimycosiques.
- Certaines viroses en évolution (herpès, varicelle, zona, hépatite)
- États psychotiques encore non contrôlés par un traitement.

## PRECAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE

### En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres et enrichi en calcium
- Réduire l'apport en sodium en tenant compte de la teneur du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 20 mg de prednisolone, 10 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription.

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 400H00  
EXP 09/2026  
LOT 36009 3