

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)**



## Déclaration de Maladie : N° S19-0018303

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00626 Société : .....

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

Nom & Prénom : TADILI Redouane Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0661.39.02.26 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 : .....

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 N° S19-0018303  
17 OCT. 2019

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) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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												
				<b>Coefficient des travaux</b>											
				<b>Montant des soins</b>											
				<b>Début d'exécution</b>											
				<b>Fin d'exécution</b>											
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553	<b>Montant des soins</b>
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
D 00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>												
			<b>Fin d'exécution</b>												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : <u>Tahiri Redouane</u>	Mle
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 14 / 0016828</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	Cachet MUPRAS
	<u>52.80</u>	<u>03</u>	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 / 0016828

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>00626</u>	Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom <u>Tahiri Redouane</u>				
Fonction <u>Adjoint</u>	Phones <u>0661391224</u>			
Mail <u>redouane.tahiri@gmail.com</u>				
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>Redouane</u>			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>07/08/44</u>	Date	Date 1ère visite	
Nature de la maladie				
<u>Achat d'implant</u> S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Signature et cachet du médecin	
		Montant détaillé des honoraires		
<b>PHARMACIE</b>	Date <u>17/09/2019</u>			
Montant de la facture	<u>52,80</u> Pharmacie de Kebibat SEDRATI M <sup>ed</sup> Pharmacien 7, rue Slaboul Kebibat - Rabat			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	Tél.: 0537 69 05 07	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV

# Pharmacie de Kebibat

Mohamed Sedrati  
Pharmacien

7, Rue Omar Slaoui  
KEBIBAT - 10000 RABAT

Tél.: 05 37 69 05 07

C.C.P. : 101295

R. C. : 23778

# صيدلية القبيبات

محمد السدراتي  
صيدلي

7 زنقة عمر السلاوي  
القبيبات - الرباط

الهاتف : 05 37 69 05 07

السجل التجاري : 101295

الحساب البريدي : 23778

## FACTURE N°

الرباط، في 17 / 09 / 2019

Client : M. Yassir Redouane

Quantité	Désignation	P. U.	Total
1	Adipsonne cp 100 mg	14.80	14.80
1	MUKOL	38.80	38.80
			53.60
			12.80
Prêté à la banque de crédit deux diths port			
صيدلية القبيبات			
Pharmacie de Kebibat			
SEDRATI M <sup>ed</sup> Pharmacien			
7, rue Slaoui Kebibat - Rabat			
Tél.: 0537 69 05 07			



# MUXOL® 0.3%

Solution buvable en flacons de 125 ml et 250 ml  
(Chlorhydrate d'Ambroxol)

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Garder cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.  
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, d  
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le  
identiques, cela pourrait lui être nocif.  
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remar  
parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

pharmacien.

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

38,80

## 1- COMPOSITION DU MÉDICAMENT

### Principe actif :

Chlorhydrate d'Ambroxol

Quantité Correspondant à Ambroxol base (0,273 g).

**Excipients :** Glycérol, Sorbitol, Parahydroxybenzoate de méthyle, parah  
furyle, acétate de isoamyle, acétate d'isobutyle, acétate de méthyle -3  
delta-décalac

Eau purifiée :

Excipients à

## 2- CLASSE F

MUCOLYTIQ

(R : SYSTÉ

# Doliprane

PARACÉTAMOL

## 3- INDICAT

Traitement

aiguës et de

Ce médicar

## 4- POSOLC

• Chez l'adi

Posologie u

• Chez l'enf

Plus de 5 a

2 à 5 ans :

Mode d'ad

Voie orale

Fréquence

Les prises s

Durée de tr

## DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé :

La substance active est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracetamol DC 90  
(1111,11 mg), pour un comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, povidone K30, amidon de  
maïs prégelatinisé, acide stéarique (origine végétale).

## QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou  
fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures,  
règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les  
douleurs de l'arthrose.

**Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :**

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

PPV: 14DH00

PER: 01/22

LOT: I 086

14,00

