

# 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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0039235

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1859 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MAZHOUR BOATZA  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 06 23 39 51 99 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) :

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

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-394017	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-394017

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 1359
Nom & Prénom : MACHHOUR BOUAZZA		
Fonction : RETRAITE	Phones : .....	
Mail : 1359		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient : Bouazza Mehbar	
Adhèrent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age : .....	Date : 27/10/19
Nature de la maladie : Maladie pulmonaire		Date 1ère visite : .....
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances : .....		
Nature des actes : Cs	Nbre de Coefficient : Cs	Montant détaillé des honoraires : 3000
<b>PHARMACIE</b>	Date : 27/10/19	
Montant de la facture : 2001,60	Code : 102025178	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires : 200160	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Date : 1/10/2019		
AM	PC	IM
IV	Montant détaillé des Honoraires	



**Dr. Bouchra BENAABOUD**

**Neurologue - Neurophysiologiste**

*Spécialiste des Maladies du Système Nerveux*

**Adultes et Enfants**

Diplômée de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat



**الدكتورة بشرى بنعبود**

أخصائية في أمراض الجهاز العصبي والدماغ

الكبار و الأطفال

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

Salé, le 27/09/2023

298.00

Docteur Bouchra BENAABOUD  
NEUROLOGUE - NEUROPHYSIOLOGISTE  
Rés Oum El Kheir 1&2 Apt 10 2ème Etage  
Av Mohamed V Tabriquet Salé  
Tél/Fax 05 37 86 10 86  
mail benaaboud@yahoo.com

x4

Paracetamol 20mg

4 fois

300 - 300 - 300 - 300 - 300 - 100

110.50

x6

Truxastel LP 50mg

9 fois

1 - 2 - 1

30.10

x2

Levamisole 50mg

43.20

x2



2001,60

Docteur Bouchra BENAABOUD  
NEUROLOGUE - NEUROPHYSIOLOGISTE  
Rés Oum El Kheir 1&2 Apt 10 2ème Etage  
Av Mohamed V Tabriquet Salé  
Tél/Fax 05 37 86 10 86  
mail benaaboud@yahoo.com

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par

Roche S.A. Maroc

225 Bd. D'Anfa Casablanca

MADOPAR 250 mg 100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



18001 050697

ZYLORIC 300 mg

Bouteille de 28 comprimés

A.M.M. N° 61 DMP/21/NTT

SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022275

ZYLORIC 300 mg

Bouteille de 28 comprimés

A.M.M. N° 61 DMP/21/NTT

SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022275

ZYLORIC 300 mg

Bouteille de 28 comprimés

A.M.M. N° 61 DMP/21/NTT

SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022275

TRIVASTAL® 50mg LP

30 Comprimés enrobés

à libération prolongée



6 118000 100287

TRIVASTAL® 50mg LP

30 Comprimés enrobés

à libération prolongée



6 118000 100287

TRIVASTAL® 50mg LP

30 Comprimés enrobés

à libération prolongée



6 118000 100287

TRIVASTAL® 50mg LP

30 Comprimés enrobés

à libération prolongée



6 118000 100287

TRIVASTAL® 50mg LP

30 Comprimés enrobés

à libération prolongée



6 118000 100287

TRIVASTAL® 50mg LP

30 Comprimés enrobés

à libération prolongée



6 118000 100287

43,20

110,50

119,50

110,50

110,50

110,50

110,50

**xenid 100mg**

diclofénac

10 suppositoires

LOT: 1227  
PER: 01/21  
PPV: 30,10 DM

**xénid 100mg** ○

10 suppositoires



6 118000 140559

Laboratoires Biogalénique

**xenid 100mg**

diclofénac

10 suppositoires

LOT: 1227  
PER: 01/21  
PPV: 30,10 DM

**xénid 100mg** ○

10 suppositoires



6 118000 140559

Laboratoires Biogalénique