

# 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.

## Pathologie 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 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)

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 (L.G.) - Fax : 05 22 20 38 18 - [www.mupras.ma](http://www.mupras.ma)



## Déclaration de Maladie : N° P19- 0005167

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELSARI Date de naissance : 10-12-55  
Adresse : I DEN  
Tél : 0661321437 Total des frais engagés : 3000 106640 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/10/2019  
Nom et prénom du malade : M. ELSARI Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Neuralgies cervicobrachiales bilatérales et  
ganglionnaires  
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) :

MUPRAS



# ORDONNANCE

le 15-10-19

Mtr/Mme EL SAFI, Touria

283,00x3

1°/ Chondrosulf 400 mg:

1x3/jx 1 mois

288,00x3 puis 1x2/j x 2 mois

2°/ Vitaneuril fort:

1x3/jx 1 mois

37,00x3

3°/ Duoxol 500:

106,00x3  
1x3/jx 15j

Cachet du médecin

Dr. EL FATIM Abdelatif  
Professeur de Médecine Physique  
et Rééducation Fonctionnelle  
Pathologie du membre Supérieur

# **Chondrosulf**<sup>®</sup>

CHONDROÏTINE SULFATE (ACS<sub>4</sub>-ACS<sub>6</sub>)

400 mg

X 84 

1 gélule/repas

Traitement symptomatique à effet différé de

**l'arthrose**  
de la hanche et du genou



Laboratoires  
**Genevrier**

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17/DMP/21/NRQ



6 118001 271214  
PPV : 283,00 DH

CIP- 3400933591731  
LOT 180802  
EXP 08 2021



**Titulaire / Exploitant :**  
**Laboratoires Genevrier S.A.**  
280, rue de Goa - ZI les 3 Moulins  
Parc d'activités de Sophia Antipolis  
06901 Sophia Antipolis - France

**Fabricant :**  
**IBSA Farmaceutici Italia S.r.l.**  
Via Martiri di Cefalonia, 2  
26900 LODI - ITALIE

Médicament autorisé n° 3400933591731

# **Chondrosulf**<sup>®</sup>

CHONDROÏTINE SULFATE (ACS<sub>4</sub>-ACS<sub>6</sub>)

**400 mg**

X 84 

1 gélule/repas

Traitement symptomatique à effet différé de

**l'arthrose**

de la hanche **et** du genou



Laboratoires  
**Genevrier**

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17/DMP/21/NRQ



6 118001 271214  
PPV : 283,00 DH

CIP- 3400933591731  
LOT 180802  
EXP 08 2021



**Titulaire / Exploitant :**  
**Laboratoires Genevrier S.A.**  
280, rue de Goa - ZI les 3 Moulins  
Parc d'activités de Sophia Antipolis  
06901 Sophia Antipolis - France

**Fabricant :**  
**IBSA Farmaceutici Italia S.r.l.**  
Via Martiri di Cefalonia, 2  
26900 LODI - ITALIE

Médicament autorisé n° 3400933591731

# **Chondrosulf**<sup>®</sup>

CHONDROÏTINE SULFATE (ACS<sub>4</sub>-ACS<sub>6</sub>)

**400 mg**

X 84 

1 gélule/repas

Traitement symptomatique à effet différé de

**l'arthrose**

de la hanche **et** du genou



Laboratoires  
**Genevrier**

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17/DMP/21/NRQ



6 118001 271214  
PPV : 283,00 DH

CIP- 3400933591731  
LOT 180802  
EXP 08 2021



**Titulaire / Exploitant :**  
**Laboratoires Genevrier S.A.**  
280, rue de Goa - ZI les 3 Moulins  
Parc d'activités de Sophia Antipolis  
06901 Sophia Antipolis - France

**Fabricant :**  
**IBSA Farmaceutici Italia S.r.l.**  
Via Martiri di Cefalonia, 2  
26900 LODI - ITALIE

Médicament autorisé n° 3400933591731

# DUOXOL<sup>®</sup>

Paracétamol / Thiocolchicoside

**500mg/2mg**

Voie orale

Boîte de **20** comprimés

 **POLYMÉDIC**

**evona** 500mg/2mg **دوكسول**  
Boîte de 20 comprimés  
علبة من 20 قرصا

37,00

# DUOXOL<sup>®</sup>

Paracétamol / Thiocolchicoside

**500mg/2mg**

Voie orale

Boîte de **20** comprimés

 **POLYMÉDIC**

عقبة من 20 قرصا  
500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés

37,00

# DUOXOL<sup>®</sup>

Paracétamol / Thiocolchicoside

**500mg/2mg**

Voie orale

Boîte de **20** comprimés

 **POLYMÉDIC**

**evona** 500mg/2mg **دوكسول**  
Boîte de 20 comprimés  
علبة من 20 قرصا

37,00



# فيتانقريل<sup>®</sup> قوي

بنفوتيامين 100 ملغ



28,80

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER



# فيتانقريل<sup>®</sup> قوي

بنفوتيامين 100 ملغ



28,80

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER



# فيتانقريل<sup>®</sup> قوي

بنفوتيامين 100 ملغ



28,80

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER