

# RÉCOMMANDATIONS 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.

## 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  
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



ND: 30246

## Déclaration de Maladie : N° P19-0019923

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09394 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Ben Addou Youssef Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : BEN ADDOU Youssef Hamza 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 : Casablanca Le : 24 / 06 / 2020  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
24/04/2020		3	3000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANASSER Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél.: 022-30-54.30	24/06/20	2928,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

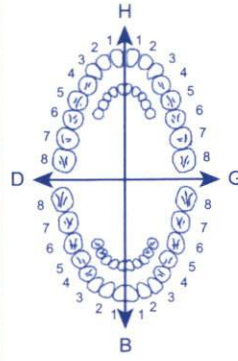
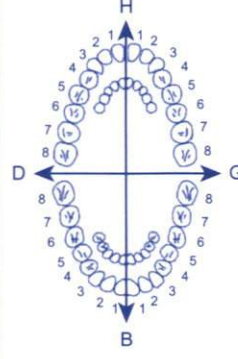
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000  35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> 00000000  11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PPV 10DH30  
PER 07/22  
LOT 11813

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH  
118001 142262

AKHATAR

GlaxoSmithKline  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH  
118001 142262

24.06.2020

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH  
118001 142262

الدكتور عبد العزيز باخطار

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 248,00 DH  
118001 141104

Casablanca, le...

Mr BENADDOU IDRIS HAMZA

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

PPV 10DH30  
PER 07/22  
LOT 11813

1 - SEBETIDE DISKUS 250 µg/50 µg/dose pdr p inhal : 60unid

le matin et le soir, pendant 6 mois. jusqu'à  
incer la bouche avec de l'eau après

2 - AVAMYS 27,5 µg/pulvérisation susp p pulv nasal : 1F/120  
6 boîtes  
le matin, pendant 6 mois.

VENTOLINE  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

PPV 10DH30  
PER 07/22  
LOT 11813

4 - ZITHROMAX 500 MG

3 boîtes  
par jour, avant le repas, pendant 9 jours.

5 - DOLIPRANE 500 mg cp : B/16  
1 boîte

En cas de douleur ou fièvre prendre 1 comprimé toutes les 4 heures, à distance  
des repas. à alterner en cas de résultat insuffisant avec ASPEGIC 500

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH  
118001 142262

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH  
118001 142262

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH  
118001 142262

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH  
118001 142262

GlaxoSmithKline  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH  
118001 142262

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd. Abdelatif Ben Khaddouj  
Tél: 022-36-54-38

ZITHROMAX 500 MG  
Boîte de 03 comprimés  
Lot: 128153

Date Fab: 10/2019 Date Exp: 09/2020

PPV : 79,70 DH

Av. : 08 20 79,70 P.P.V.

N° : 1264143T

ZITHROMAX 500 MG  
Boîte de 03 comprimés  
Lot: 128153  
Date Fab: 10/2019 Date Exp: 09/2020  
PPV : 79,70 DH



# Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Furoate de fluticasone

# Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation nasale

# Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Furoate de fluticasone

# Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Furoate de fluticasone

# Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation nasale

# Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation nasale

# Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Furoate de fluticasone

# Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Furoate de fluticasone

# Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Furoate de fluticasone

# entoline

microgrammes/dose

sion pour inhalation

# entoline

# entoline

microgrammes/dose

sion pour inhalation  
en flacon pressurisé

250 microgrammes  
/ 50 microgrammes par dose



**SERETIDE**  
propionate de fluticasone / Diskus  
salinétrol

**SERI**

250 microgrammes par dose

**Doliprane**  
PARACÉTAMOL 500 mg

**Doliprane**  
PARACÉTAMOL 500 mg

**Doliprane**  
PARACÉTAMOL 500 mg  
Adulte et enfant  
À partir de 27 kg

**ZITHROMAX**  
azithromycine  
500 mg  
Pfizer

**ZITHROMAX**  
azithromycine 500 mg  
3 Comprimés sécables

250 microgrammes / 50 microgrammes par dose



**SERETIDE**  
propionate de fluticasone / Diskus  
salinétrol

**SERE**

**SERETIDE**  
propionate de fluticasone / Diskus  
salinétrol

250 microgrammes par dose

Poudre pour inhalation en récipient unitaire  
SYSTEME NON RECHARGEABLE

Poudre pour inhalation en récipient unitaire  
SYSTEME NON RECHARGEABLE