

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Optique 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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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.m.mupras.com](http://www.m.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0031193

ND: 40401

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1324 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JANATI LATIFA

Date de naissance : 23/12/1951

Adresse : 9 RUE DRISS ALAKBAR APT 6 TOUR HASSAN LIBAN

Tél. : 06.6.1.133636 Total des frais engagés : 47,00 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° P19-031193

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 :



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/08/20

47,00

# 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	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

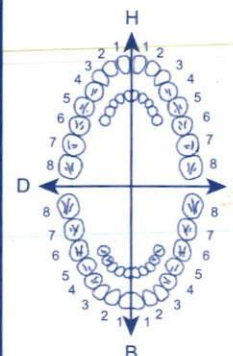
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

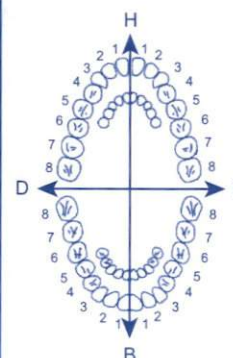
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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

Tel.: 05 37 76 99 30

INPE: 102071263

Client :

JANATI

LATIFA

Le 11/08/2020

47.00



®  
دوليبيران  
باراسيتامول  
500 ملغ

16 قرصا فورا

ب  
الأوجاع و الحمى

للخيار والاطفال  
ابتداءً من 27 كغ



08,54  
P P V 16 D H 8 0  
P E R 0 1 / 2 3  
L O T J 1 1 8

Doliprane® 500 mg ○  
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

NE LASSER NI A LA PORTE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N° 746/15 DMF/Z1/NRQ



6 118000 1040354

b  
bottu, a  
Et Altes des Ciments - Als Selsa - Calsalena  
S. Barbordi - Rimini - Responsable

Adulte et enfant  
à partir de 27 Kg



Doliprane®  
PARACETAMOL 500 mg

16 comprimés effervescents

DOULEURS ET FIEVRE

COMPOSITION :

Paracétamol ..... 500 mg

Excipients ..... 991 1 comprimé effervescent

INDICATIONS : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Réserve à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 Kg (soit environ à partir de 8 ans).

POSOLOGIE :

Lire attentivement la notice.

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.

Boire immédiatement après.

Doliprane®  
PARACETAMOL 500 mg  
16 comprimés effervescents

Litho Typo

2

Adulte et enfant  
à partir de 27 Kg



Adulte et enfant  
à partir de 27 Kg



31X1X110

03 / 16  
100027

3

ADULTE

ADULTE



BRONCHATHIOL® ADULTE  
Carbocistéine 5%  
Solution Buvable 150 ml

AMM N° 01/15 DMP/21/NT0

- INDICATIONS:
- Adulte expectorant est préconisé en cas d'affections respiratoires récentes avec difficulté d'expectoration.
  - Posologie, contre indications, mises en garde et surdosage, lire attentivement la notice interne.
  - Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
  - Pas de précautions particulières de conservation

150 ml

Solution Buvable

FLUIDIFIANT  
des voies respiratoires

BRONCHATHIOL®  
Carbocistéine 5%

52x52x127

BRONCHATHIOL®  
Carbocistéine 5%



150 ml

Solution Buvable

FLUIDIFIANT  
des voies respiratoires

BRONCHATHIOL®  
Carbocistéine 5%

31,20

LEV 310000  
PER 04/22  
LOT 11022

ADULTE

