

# 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.

## Diagnostique 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)

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)



NID: 47049

## Déclaration de Maladie : N° P19-0010275

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00370 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BAHBAH BACHAIB Date de naissance : 15/08/49  
Adresse : RES. EL WIAM IM. 11 APP 6 - EL OUFA - CASABLANCA  
Tél. : 0661453354 Total des frais engagés : 500,00 Dhs


### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. SADIK FOUZIA  
Médecin  
104, Rue Mimouza Hay Errah  
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : D. BAHBAH BACHAIB  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Belute  
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 : 10 / 11 / 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
14/03/22	AG	01	200,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dentiste	Date	Montant de la Facture
	14/03/22	300,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

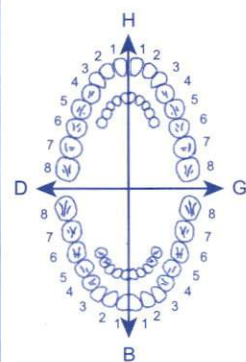
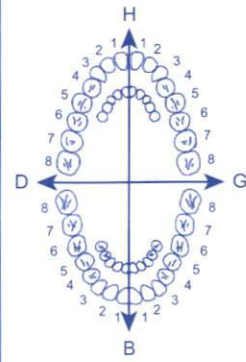
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosa (ex Rue des Ecoles)

1<sup>er</sup> Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36.58.91

Casablanca, le : 14/09/20 : الدار البيضاء، في

D<sup>r</sup> BAHBATH Bouchar L

PHARMACIE HAY EL MATAR  
Dr. OUM HADJI Hakim  
Tél: 05 22 83 20 28  
Casablanca

- Zithromax 500mg (0115)

79,70 x 2 41; 100 AZIX 60115

159,40 - Efficpred 20mg 10115

42,00 - predni 20mg 10115

2cp/j + régime peu salé x 07j

49,40 - D. Cure forte 10115

1 amp / 15j

49,00 - Belmazol 20mg 10115

1 amp / 1j

= 309,00

Dr. SADIK Fouzia  
Médecin  
104, Rue Mimouza Hay Erraha  
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca



# AZIX<sup>®</sup>

Azithromycine

PPV: 79DH70  
PER: 05/23  
LOT: J1503

**500 mg**  
Voie orale

**b**

bottu <sup>S.A.</sup>

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaïa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**3** Comprimés  
sécables



# AZIX

Azithromycine

**500 mg**  
Voie orale

**b**

bottu <sup>S.A.</sup>

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaïa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**3** Comprimés  
sécables



# بلمزول<sup>®</sup>

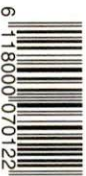
أوميبرازول

20 ملغ

49,000

BELMAZOL<sup>®</sup> 20 mg

14 gélules ○



6 118000 070122

14 برشامة

عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :



PPV: 49,60 DH  
 LOT: 20E06  
 EXP: 05/2023

3 ampoules buvables

**D-CURE® FORTE**

Cholécalciférol 100 000 UI  
 Vitamine D3



**Ergo**  
 Maroc

Importé par :

Les laboratoires ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.

AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

**SMB**

MCP220MA003118  
 09/08/2018

1 14 / 09  
 2 25 / 09

3



Suivez les conseils de votre pharmacien.  
Follow the advice of your pharmacist.  
Suivez les conseils de votre pharmacien.  
Follow the advice of your pharmacist.

**PREDNI<sup>®</sup>20**  
Cooper — Prednisolone

**20 mg**

Voie orale  
Oral route

Comprimés  
effervescents  
sécables / Scored  
effervescent tablets

20 x 

**PREDNI<sup>®</sup>20**

Cooper — Prednisolone

**20 mg**

Voie orale  
Oral route

Comprimés  
effervescents  
sécables / Scored  
effervescent tablets

20 x 

 DURATION  
DURÉE

 MORN  
MATIN

 NOON  
MIDI

 EVEN  
SOIR



**COOPER**  
PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc / Morocco  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI  
41, ريفه محمد الديوري 20110 الدار البيضاء المغرب  
صيدلي مسؤول : أمينة الداودي

LOT N°:

UT. AV :

42,00

PPV (DH) :

42,00

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي