

## 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.

### Radiologie 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 073808

133568

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5652 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : SAFRI Miloudi  
 Date de naissance : 28/01/1962  
 Adresse : 40, coop EL Wafa Berrachid  
 Tél : 0668498354 Total des frais engagés : 1082,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/10/2022  
 Nom et prénom du malade : HABIB MINA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : SPN - SCHEUCH  
 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 : DERROUJ

Le : 11/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O Adhésion et changement de statut : 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

# 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
01/11/2022				<i>[Signature]</i>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>LA PHARMACIE REGIONALE</b> <b>Dr. Saad BENJELLOUN</b> <b>Imm. 94, Lot WAIT N°4-DEROUA</b> <b>Tél: 05 22 51 47 07</b>	05/11/2022	10,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

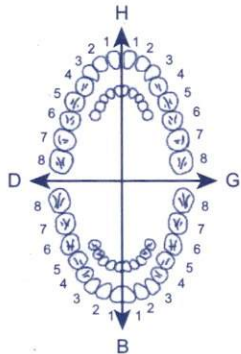
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"/>

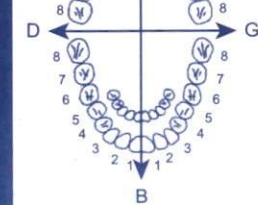
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

# الدكتورة رفيق مريّة Docteur Mariya RAEIK

Spécialiste en Médecine Interne  
Maladies Systémiques  
Maladies Rhumatologiques  
Maladies du Sang

اختصاصية في الطب الباطني  
الامراض السجوغاتية  
امراض الروماتزم  
امراض الدم

طبيبة سابقة في مستشفيات  
مولاي يوسف وابن رشد  
في الدار البيضاء

Berrechid, le :

05 OCT 2022

7m 100033 M3NA

134,30x31

1) 100033 M3NA

96,00x3 1cpl J

21 100033 M3NA

45,80

20) 100033 M3NA

1cpl J

60,10x2 1cpl J

100033 M3NA

1cpl J

1cpl J

1cpl J

1cpl J

1cpl J

1cpl J

1cpl J

برشيد

05 22 32 55 94

100033 M3NA

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saïd BEN  
Tél.: 05 22 51 47 07  
100033 M3NA

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saïd BEN  
Tél.: 05 22 51 47 07  
100033 M3NA

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saïd BEN  
Tél.: 05 22 51 47 07  
100033 M3NA

T: 1082.90

51,00

51,00

51,00

51,00

134,30

134,30

134,30

**Epyca® 50 mg**

Prégabaline

14 gélules

PPV.: 60DH10

PROMOPHARM S.A.

**Epyca® 50 mg**

Prégabaline

14 gélules

PPV.: 60DH10

PROMOPHARM S.A.



6 118001 260683

EXP 04 2021

PPV 45 80

PPV: 96DH00

PER: 06/24

LOT: L1070-1

PPV: 96DH00

PER: 12/24

LOT: L1696-1

PPV: 96DH00

PER: 12/24

LOT: L1696-1