

# 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.



# Déclaration de Maladie

N° W19-499346

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

10817

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

DRIOUICHE Med El Mehdi

Date de naissance :

07/01/1970

Adresse :

IMMOBILISATION BOUTOURA  
ICP 00184933000000

Tél. :

518110 Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24 OCT. 2012

Nom et prénom du malade :

Dr BOUH RAJAA DR BOUH RAJAA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

grippe

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

casab

Le : 01/10/12

Signature de l'adhérent(e) :

DR BOUH RAJAA

## **RELEVE 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
01.05.12	6	6	6	INP : 2900066474
				EL BOUHRAJAA Assurance maladie

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;"> <b>PHARMACIE CENTRE HOSPITALO UNIVERSITAIRE BOUSKOURA</b>                      Boul. Ben Aïcha L'insalha Bouskoura                      Nouakchott Casablanca                      Tel : 05 22 59 23 15                 </p>	<p style="text-align: center;"> <b>PHARMACIE CENTRE HOSPITALO UNIVERSITAIRE BOUSKOURA</b>                      ICE : 001848396000002                      01/10/22                 </p>	<p style="text-align: center;"> <b>5 18 10</b> </p>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

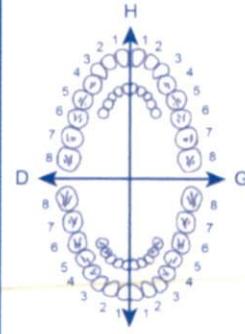
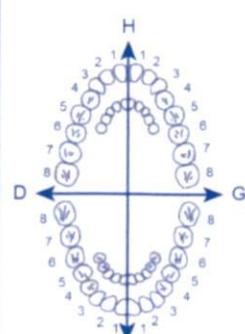
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
		$\begin{array}{r} H \\ \hline D & 25533412 & 21433552 \\ & 00000000 & 00000000 \\ B & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \end{array}$		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

nrouements

LOT: 220047  
DLUO: 01/2025  
39,00 DH

- citron

es respiratoires  
en cas de toux  
naturelles

PPV: 40 DH 30

14,60  
PPV: 14 DH 60  
PER: 03/25  
LOT: 110500  
S2

PPV: 40 DH 60  
PER: 03/25  
LOT: 110421  
S2

Vita C 1000®  
EXP: 04/2025  
LOT: 2304010

PPV: 26DH90

Casablanca, le:

## ORDONNANCE

Docteur: .....

29,70 x 2 Rhinolévite Nel 10

1) Acrax - Sp

14,60 x 2 Nef 4 x 13

2) Dihydrone Nef

40,30 Nef 3 x 1 i pht 4 518,10

3) Stigoral (Sp)  
Nef 3 x 1

Puis 69,00 x 3 Dr. El. Sp

39,00 x 1 14,60 x 1  
96,00 ) Vinaudic

26,90 ) Nef 2 x 1 i  
6 ) Nef 2 x 1 i

Rue Lahcen El Arjouni - Casablanca - Tél.: 05 22 48 30 30 / 31 / 32 / 33 -

Dr. El.  
Nef 2 x 1 i

LOT: 210520  
DLUO: 10/2024  
69,00 DH

- citron  
es respiratoires  
en cas de toux  
naturelles

rouement  
LOT: 220044  
DLUO: 01/2025  
69,00 DH

rouements p  
LOT: 220044  
DLUO: 01/2025  
69,00 DH

tron  
piratoires  
s de toux  
les

# VinoZinc®

Gélules

N° LOT : L 2881  
DATE DE PER : 08/24  
PVC : 96,00 DH