

# 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.



1 46133

**Déclaration de Maladie : N° S19-0005889**

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AA457 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : EL IDRISSI ABIB Date de naissance : 21/01/1970  
 Adresse : .....  
 Tél : 0664 79 14 42 Total des frais engagés : 5 220,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/12/2022  
 Nom et prénom du malade : EL IDRISSI ABIB Age : .....  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Pneumopathie  
 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 : 26/12/22  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## 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)

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

| 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                     |
| 26/12/2022                     | C1                |                       | 2000                            |  |

الدكتور الحريشي رشيد  
Dr HRICHI Rachid  
Medicine Generale  
295 Av. Qued Tansit Cite El Oulfa  
Casa 78 06 66 80 76 65  
INPE 091076893

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                        |       |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                        | Date  | Montant de la Facture |
|  | 26/12 |                       |
|                                                                                  | 200   |                       |
|                                                                                  |       | 220,30                |

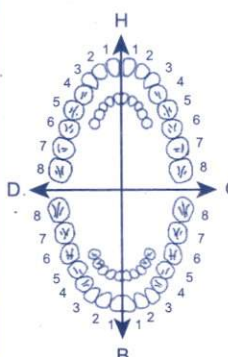
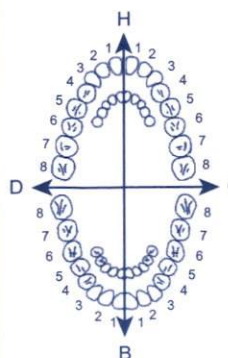
[illegible][illegible]

# 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 l'ODF.

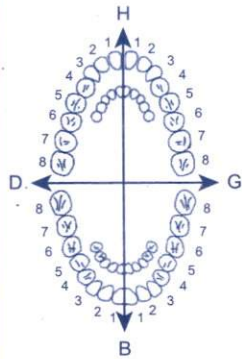
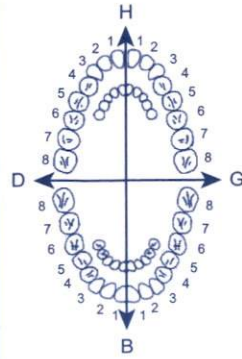
| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                    |  | Nature des<br>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<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                         |  |                     |             |                                              |
|  | <div><div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>G</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>B</div></div></div> |  |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                       | <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>                                                                                                                                |  |                     |             | 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 HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift ( 24, Gpe E

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0666 80 76 66



**AZIX**<sup>®</sup>  
Azithromycine 500 mg

PPV 79DH73  
PER 06/25  
LOT L2207

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

32,60

Casablanca, l



الدار البيضاء، في :

الدكتور الحريشي رشيد  
Dr HRICHI Rachid  
Medecine générale  
295 Av Oued Tansift Cité El Oulfa  
Casa Tél. 06 66 80 76 66  
INPE 091076893

Enfant EL JDRISSI ABIB.

8800

1). Saphir  
Tsachab x 2 y

79,70

2). Azix 500 mg  
rep 4

3260

3). Muscol  
Aca's x

2000

4). Doligrippe  
Tsachab

220,40

الحريشي رشيد  
Dr HRICHI

Medecine générale  
295 Av Oued Tansift  
Casa Tél. 06 66  
INPE 0910

**DoliGrippe**<sup>®</sup>

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine



PPV:20DH00  
PER:02/25  
LOT:L773

# SAPHIR<sup>®</sup>

Amoxicilline  
/Ac de clavulanique



**1g** / 125 mg  
Voie Orale  
Oral Route

Poudre pour suspension buvable  
Powder for oral suspension

**12 x**   
Sachets



PPV: 88DH00  
PER: 06-25  
LOT: L 1756