

# 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 065799

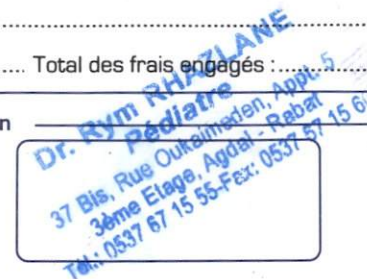
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10697 Société : RAR  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : A. N. M. H. ALBA  
 Date de naissance : 30/03/78  
 Adresse :  
 Tél. : 0661869512 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/07/23  
 Nom et prénom du malade : BENAÏSSA LILYA Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Bimélt  
 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) :

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
5/01/23		1	3000dh	

Dr. RYM RHAZZAN  
Pédiatre  
Bis, Rue Oukaimeden, Apt. 5  
3ème Etage, Agdal - Rabat  
Tél: 05 37 72 40 55 - Fax: 05 37 67 15 66

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/01/23	178185

Pharmacie la Résistance  
N°32, Av. La Résistance  
102 et Rue Londres, Océan - Rabat  
Tél: 05 37 72 40 55

# 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

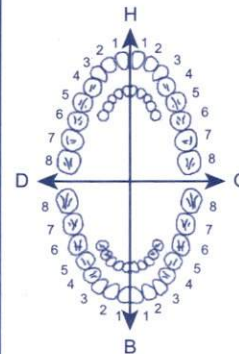
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

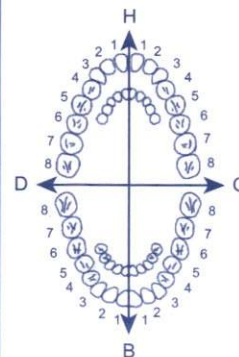
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
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



Docteur Rym Rhazlane

Pédiatre

Diplômée de la faculté de Médecine d'Amiens - France

Immuno-hématologie pédiatrique

pathologie infectieuse et urgences pédiatriques

Ancienne assistante en réanimation néonatale au CHU d'Amiens

الدكتورة ريم غزلان

اختصاصية في طب الأطفال و الرضع

خريجة كلية الطب بأميان فرنسا

أمراض الدم و المناعة عند الأطفال

الأمراض المعدية و المستعجلات

مساعدة سابقا بمصلحة إنعاش المواليد بمستشفى أميان

Rabat le 5/01/23 الرباط في

Lilya Benissa

P = 23 Kg 900

1/ Effergon pédiatrique

3h ↓

19, 10 x 2 / Brufen 600mg

7990 x 2

2 cm t° 6h S.T° > 38°

3/ Augmentin 500mg

1 Sachet

3 x 15 ptt 8 J

4/ HiVernex Sirop

1 sachet 3 x 15

ptt 7 J

Dr. RYM RHAZLANE  
Pédiatre

37 Bis, Rue Oukaimeden, Apt. 5  
3ème Etage, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 67 15 55 - Fax: 05 37 67 15 66

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

500mg/62,50mg

**enfant**

..... sachet(s) .....  
par jour à prendre  
préférence au début des  
repas, pendant  
jours.

مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 79,90 DH  
LOT: 650022  
PER: 05/24



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

500mg/62,50mg

**enfant**

..... sachet(s) ..... fois  
par jour à prendre de  
préférence au début des  
repas, pendant .....  
jours.

... كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 79,90 DH  
LOT: 650022  
PER: 05/24



AUGMENTIN  
500mg/62.50mg  
12 sachets



6 118000 160243



AUGMENTIN  
500mg/62.50mg  
12 sachets



6 118000 160243



1900



**Docteur Rym Rhazlane**

**Pédiatre**

Diplômée de la faculté de Médecine d'Amiens - France

Immuno-hématologie pédiatrique

pathologie infectieuse et urgences pédiatriques

Ancienne assistante en réanimation néonatale au CHU d'Amiens

**الدكتورة ريم غزلان**

**اختصاصية في طب الأطفال و الرضع**

خريجة كلية الطب بأميان فرنسا

أمراض الدم و المناعة عند الأطفال

الأمراض المعدية و البستعجلات

مساعدة سابقا بمصلحة إنعاش المواليد بمستشفى أميان

Rabat le 05/01/2023 الرباط في

**CERTIFICAT MEDICAL**

**Je soussignée, Dr Rym Rhazlane, certifie, que l'état de santé**

**De l'enfant BENAÏSSA LILYA, née le 18/05/2015,**

**nécessite un repos de 3 jour Sauf complications.**

**Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit.**

**Dr. Rym RHAZLANE**  
**Pédiatre**  
37 Bis, Rue Oukaimeden, Apt. 5  
3ème étage, Agdal - Rabat  
Tél.: 0537 67 15 55 - Fax: 0537 67 15 66  
E-mail: rym.rhazlane@gmail.com