

# 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

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

M22- 0014762

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11727 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ELHARTI RAZANE  
 Date de naissance : 27/01/1978  
 Adresse : RES LA CIGOGNE 3 APPT 306 RUE IBRAHIM ROUDANI RABAT  
 Tél. : 0661444891 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mohamed Morouane NEJJAR  
 Médecine Générale  
 Secteur 1, N° 213 Hay Wajd  
 Date de consultation : 02/03/2023  
 Nom et prénom du malade : EL Harti Razane Age : 45 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Dyspnée chronique  
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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.

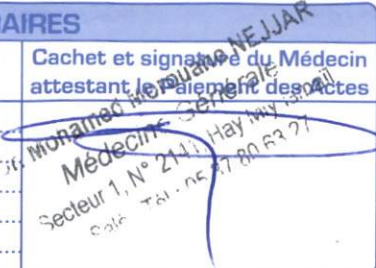
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

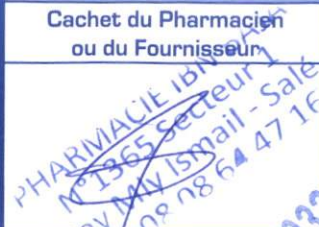
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
02/03/23	épns	c,	150 dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/23	393,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

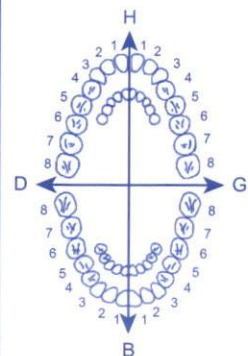
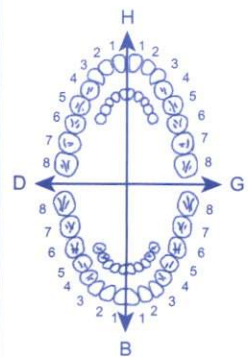
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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 Mohamed Marouane NEJAR  
Médecine Générale



الدكتور محمد مروان النجار  
الطب العام

Salé, le 02/03/2023

MME EL HARTI RAZANE

215,00

- Raciper 40 mg

1 Comprimé, soir, pendant , 4 semaines

21,50

- Migralgine

1 Gélule, matin, soir, midi, pendant , 5 jours

157,70

- Migrax 10 mg

1 Comprimé si douleur

393,70

PHARMACIE IBN BAJA  
N°1365 Secteur 1  
Hay Mly Ismail - Salé  
Tél: 08 08 64 47 16

Secteur 1, N 2141 hay moulay ismail salé  
قطاع 1 ، رقم 2141 حي مولاي اسماعيل سلا  
FIX : 0537806327- GSM : 06 61 22 76 77

Dr. Mohamed Marouane NEJJAR  
Médecine Générale  
Secteur 1, N° 2141 Hay Mly Ismail  
Salé - Tél: 05 37 80 63 27

Tableau A (Liste I)



10  
مغ

6  
أقراص

ميغريكس®

بينزوات الـريزاتريبتان

عن طريق الفم

Migrix® 10 mg

Benzoate de rizatriptan

6 comprimés



6 118001 272396

Lot N°:

0105156

Fab :

28/07/21

Per :

07/2024

PPV :

157,20





COMPOSITION  
PARACETAMOL ..... 400,0 mg  
CAFEINE ..... 62,5 mg  
PHOSPHATE DE CODEINE  
HEMIHYDRATE ..... 20,0 mg

pour une gélule  
Excipient à effet notoire : lactose  
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

**MIGRALGINE®**  
18 GELULES



6 118000 040538

100064  
02/16

**MIGRALGINE®**



VOIE ORALE

18 GELULES

PPV:21DH50  
PER:12/24  
LOT:L4081



**MIGRALGINE®**

18 GELULES





# Raciper<sup>®</sup>

Esoméprazole magnésium

Lot No: PTC3898C  
EXP.: 06/2023



**SUN**  
PHARMACEUTICALS  
MOROCCO LLC

**40 mg**

**28 Comprimés  
gastro-résistants  
Voie orale**