

# 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

M22- 0016048

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1246 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL YAALAOUI MOHAMED  
 Date de naissance : 01/01/1948  
 Adresse : 2, Rue TAHANAOUTE / HAY ESSALAM CASABLANCA  
 Tél : 0661141637 Total des frais engagés : 5642,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BOUCHRA EL MOUTAWAKEL Neurologue Professeur de l'Enseignement Supérieur  
 Date de consultation : 03/05/2023  
 Nom et prénom du malade : EL YAALAOUI MOHAMED Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Epilepsie  
 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 : CASA Le : 06/05/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/05/23	5292,80

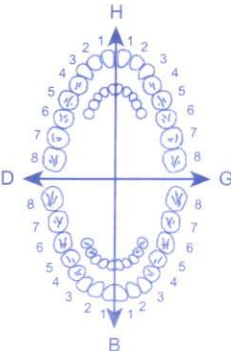
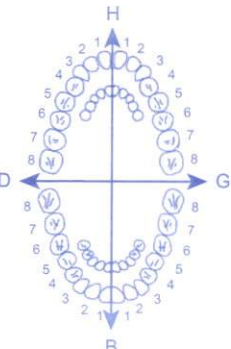
[illegible][illegible]

## 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 Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. EL MOUTAWAKIL Bouchra

Professeur de l'Enseignement  
Supérieur  
Neurologue



الأستاذة المتوكل بشرى

أستاذة التعليم العالي  
أمراض الجهاز العصبي

Casablanca, le 31/05/2023. في الدار البيضاء ،

الحمد لله يا رب العالمين

569,00  
x5

① KEPPRA 500



1 - 0 - 1 c p / 2

469,00  
x5

② DOPÉGIL 10



35,70  
x4

③ KARDECIC 160



5292,80 c p / j

PHARMACIE ANAUCARLA  
Hicham TALI Pharmacien  
42, Rue d'Ifranc Day Salam  
Cité - Casablanca  
Tél : 05 77 77 77 77 / 05 22 39 61 0

Dr. Bouchra EL MOUTAWAKIL  
Neurologue  
Professeur de l'Enseignement Supérieur

h m o n

KARDECIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 22E011  
PER: 06 2024  
6 118001 081189

KARDECIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 22E011  
PER: 06 2024  
6 118001 081189

KARDECIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 22E011  
PER: 06 2024  
6 118001 081189

KARDECIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
LOT : 22E011  
PER: 06 2024  
6 118001 081189

DOPEZIL®RANBAXY 10 mg  
Boite de 28

PPV: 469 DH 00

DOPEZIL®RANBAXY 10 mg

Boite de 28  
comprimés Pelliculés  
Voie orale

PPV: 469 DH 00

DOPEZIL®RANBAXY 10 mg

Boite de 28  
comprimés Pelliculés  
Voie orale

PPV: 469 DH 00

DOPEZIL®RANBAXY 10 mg

Boite de 28  
comprimés Pelliculés  
Voie orale

PPV: 469 DH 00

DOPEZIL®RANBAXY 10 mg

Boite de 28  
comprimés Pelliculés  
Voie orale

PPV: 469 DH 00

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 561,00 DH

ID: 651128  
6 118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 561,00 DH

ID: 651128  
6 118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 561,00 DH

ID: 651751  
6 118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 561,00 DH

ID: 650585  
6 118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 561,00 DH

ID: 651128  
6 118001 142606