

# 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



A 63615

## Déclaration de Maladie : N° S19-0050993

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : AN457 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL IDRISSI A63 Date de naissance : 01/01/1970

Adresse :

Tél. : 0664 79 14 42 Total des frais engagés : 4663,9 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INFO91037655

Date de consultation : 18/05/2018

Nom et prénom du malade : Enf ELIDRISSI Marital : Eve Age : 01.03.13

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : respiratoire

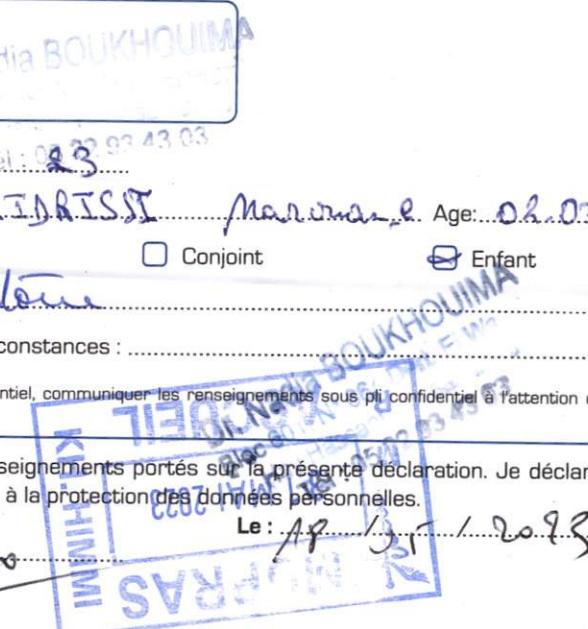
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : RAM Le : 18/05/2018

Signature de l'adhérent(e) : Udo



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
	18 3/2023	513,90

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

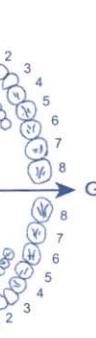
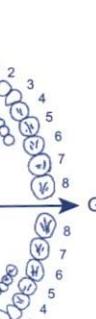
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553			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

40,00 ₣ offert 20

1cp - 1cp à 2h  
(Apt) x 6jrs.

21/07/- Coquelicot enf

le far - en cat  
si toux seche -

8/08/- Diférente enf

2 sachet / jour x 1 mois

25/08/09



Dr. Nazy BOUKHOUMA  
BLOC R. 20000 EL WARDI  
Hay Hassen  
Tel: 05 22 93 43 03

# Ventoline

**100 microgrammes/dose**

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé

Lot CL 6 B  
EXP 08 2024  
PPV 45, 30 DH

JIMA

IMES

APHIE

rocaïne des  
Echo)

sablanca le

AUGMENTIN  
500mg/250mg  
AMICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN  
500mg/62,50mg  
AMICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

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

Uniquelement si

Uniquelement sur ordonnance

RESPECTER LES D

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 79,90 DH

LOT: 651418

PER: 11/24

PPU: 79,90 DH

LOT: 651322

PER: 10/24

EL TDR 1862

14530

1/ Ventoline

1 bouffée à 8h. 16

2- Zerostat - Chamb.  
d' inhalation



1630

Drauler

1/6 eus à

Augment

2h

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00

EXP 12/2025

LOT 2N015 4

INALER®

Salbutamol

2 mg/5 ml

16/30

664, Bloc 601 – Derb El Warda Hay Hassani

+212 5 22 93 43 03 ب الوردة الحي الحسني الدار البيضاء

CE N° : DA20201912417DMP/20UCA/MAv2

PPC : 81,00 DH

N° de lot : 22007 PER : 02/2025

SYMBIOSYS

DEFENCIA  
ENFANT

Complément alimentaire

# Coquelusédal Paracétamol 2.

ENFANT

12

suppositoires

LOT 223489  
EXP 10 2025  
PPV 21.50 DH

Toux • Fièvre • Etats grippaux

ELERTE