

## 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° W21-804293

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>8495</b>	Société : <b>RAM / 174628</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>ESSA CHI / Royal Air Maroc - 601</b>
Nom & Prénom : <b>14 MAIS 1965</b>			
Date de naissance : <b>14 MAIS 1965</b>			
Adresse : <b>ESSA CHI / Royal Air Maroc - 601</b>			
Tél. <b>0665238516</b> Total des frais engagés : <b>366,- Dhs</b>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<b>Dr. Jeaidi Said Médecine Générale Expert Assermenté près des Tribunaux 2, Avenue Wettassine Bettana - Salé N.P 101080711</b>		
Date de consultation :	<b>20 JUIN 2023</b>		
Nom et prénom du malade :	<b>Esselhi Abdellaziz</b> Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Depression neuroleptique - Asthme</b>		
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 : **18/07/2023**  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-804293

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE 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
20 JUN 2023	c	1	15000	Dr. Jeaidi Said I.N.P 101080711 Dr. Jeaidi Said

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Medecine Assermentation près des Tribunaux Expert Mme Wettassine Bettana - Sale 2 <sup>e</sup> Montant de la Facture 030711 INP 102061678
	9.06.83	216,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

— VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																	
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																	
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B																	
	H	G																															
	25533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	D																																
	00000000	00000000																															
	35533411	11433553																															
	B																																
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																	
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	

الدكتور سعيد الجعیدي  
طب العام

خبر محلف لدى محكمة  
الاستئناف بالرباط

2, شارع الوطاسيين - بطانة - سلا  
العيادة : 05 37 78 00 68

Dr. JEAIDI SAID  
Médecine Générale  
Expert assermenté  
prés des tribunaux  
I.N.P 101080711

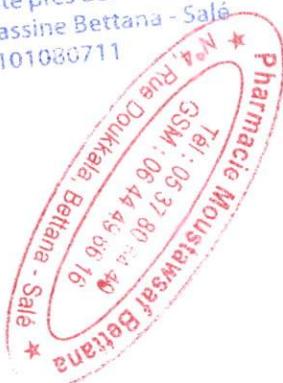
2, Avenue Wattassine - Bettana - Salé  
Tél. C: 05 37 78 00 68

Salé, le ..... 20 JUIN 2023 سلا في .....

Essalhi Abdellaziz

129,00 Juvatone 50 mg effervescent  
129,00 le 11/11/2023  
Relaxin 300 mg  
87,00 le 15/11/2023  
opio-dolac  
216,00

Dr. Jeaidi Said  
Médecine Générale  
Expert Assermenté près des Tribunaux  
2, Avenue Wattassine Bettana - Salé  
I.N.P 101080711



# Relaxium® B6



*1 gélule par jour*

COMPLEXE RELAXANT

LOT: 220895  
DLUO: 12/2025  
87,00DH

magnésium  
vitamine B<sub>6</sub>

VOIE ORALE  
30 GÉLULES

Deva

146-147 Zi. Tit Mellil - Casablanca

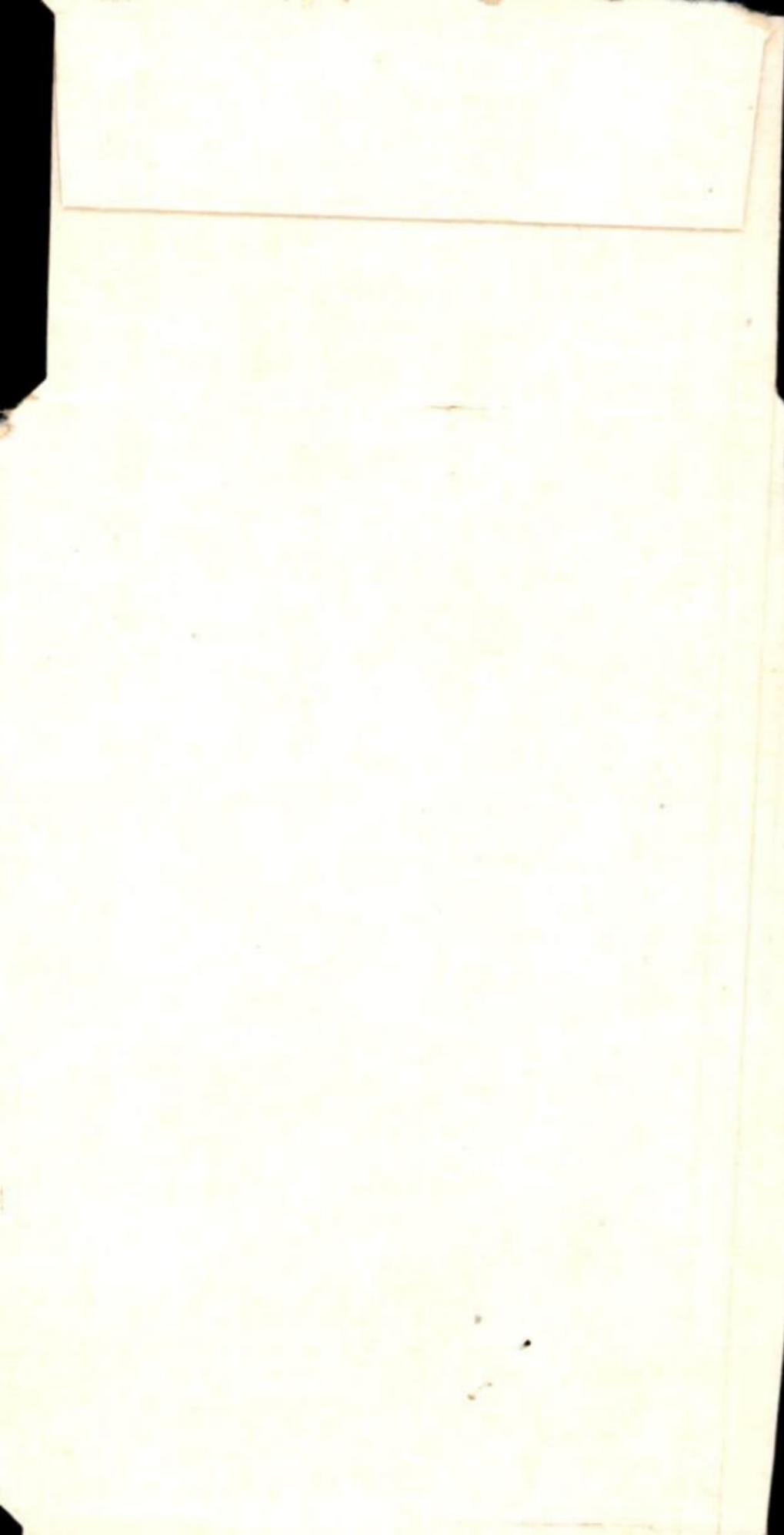
Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J.OUAIDI Pharmacien Responsable

300 mg

300 mg  
30 GÉLULES

Relaxium®  
B6

Code : AC2 - 00040



## JUVATONUS EFFERVESCENT GINSENG + TAURINE

Complément alimentaire. N'est pas un médicament.

CONSEILS D'UTILISATION : Dissoudre 1 comprimé effervescent 1 à 2 fois par jour dans un grand verre d'eau de 200 ml environ. La formation d'un nuage de gaz au fond du verre est due à la dissolution, CASABLANCA - MAROC de Sud - 57800 Fosbach - FRANCE

N° lot / Batch n° :  
EXP :



EMB 751112 W  
Ref: 9657038  
ETUIM11104



FG110 1025  
LOT PER  
Prix 129.00  
FC 2C  
Pois

N° du certificat d'enregistrement au ministère de la santé: DA2021001234DMP/20UCA/MAv4

# JUVATONUS

## Effervescent

Sans  
Sucres

Ginseng + Taurine

30 comprimés effervescents  
arôme bubble gum  
sans gluten



LABORATOIRES  
JUVA SANTE