

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-813413

1 81486

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12750 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Amine

Nom & Prénom : ELWATTARI

Date de naissance : 1986

Adresse : Benachid

Tél. : 0662 77 9840 Total des frais engagés : 127,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr ISSAAD Samia  
Gastro-Entérologie / Proctologie  
Ang Bd Oqba Bnou Nafii et la Grande Ceinture  
Imr: El Dorado Appt N°15 Casablanca  
Tél: 0622 62 98 09

Date de consultation : 01/09/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection digestive

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 : Benachid Le : 03/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

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
01/09/23				INP 091925169 D-155AAB Samia Gastro-Entérologie / Proctologie 40g Bd Oqqa Bnou Nafii et la Grande Ceinture Km El Dorado Appt N°15 Casablanca Tél : 0522 62 98 09

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL IZOUAR 149 Quartier AL IZOUAR Bordj Tél: 0571 32 54 61 INPE: 002084447	01/09/23	129,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

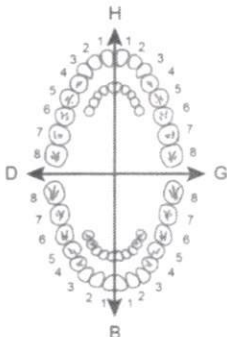
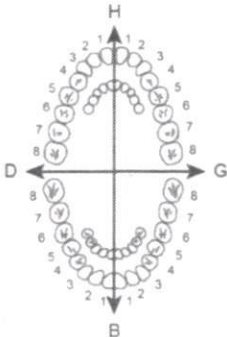
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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	INP : <input type="text"/>														
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



# ORDONNANCE

..... le 07/09/2023

EL WATAH ARLINE

23,40

1) Loperim 2 mg (SL)

40,40

1 cp x 2 / jr

2) METEOSpasmyl (SL)

1 capsule x 2 / jr

41,30

3) Ixor 20 mg (SL)

1 cp / jr ptt 7j

22,20

4) Codoliprone (SL)

1cp x 3 / jr ptt 7j

127,30

Pharmacie AL IZDIHAR  
149 Quartier AL IZDIHAR  
Berrechid  
Tél: 05 22 32 54 61  
INPE: 082084447

Dr ISSAAD Samia  
Gastro-Entérologie / Proctologie  
Ang Bd Odeh Bnou-Nafi el la Grande Ganture  
Imm El Dorado Apt N°15 Casablanca  
Tél : 0522 62 98 09

PPV: 23DH40  
PER: 12/24  
LOT: K3595



**LOPERIUM®** 2 mg  
Lopéramide

20 gélules



**METEOSPASMYL®** B 20 caps molles

Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V.: 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



**IXOR** 20 mg 7 comprimés effervescents

PPV 41DH30  
EXP 01/2024  
LOT 10032 1

إكسور

20 ملغ 7 أقراص فائرة

**IXOR®** 20 mg  
7 comprimés effervescents



PPV 22DH20  
PER 06/24  
LOT L2000

**Codoliprane**

Paracétamol 400 mg  
Phosphate de codeine 20 mg  
16 COMPRIMÉS SECABLES



6 118000 040217