

## 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.

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-812753

A 81483

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12750

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL WATTAK Amine

Date de naissance : 04/08/1986

Adresse : Benachid

Tél. : 0662779840

Total des frais engagés :

363,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr ISSAAD Samia

Gastro-Entérologie / Proctologie  
Ang Bd Oqba Binou Nafî et la Grande Ceinture  
1imm El Dorado Apt N°15 Casablanca  
Tél : 0522 62 98 09

Date de consultation : 07/08/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie : Affection

Enfant

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

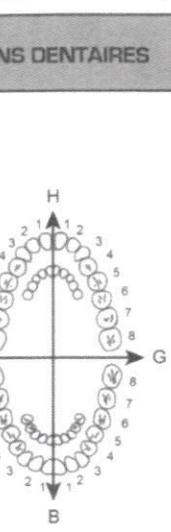
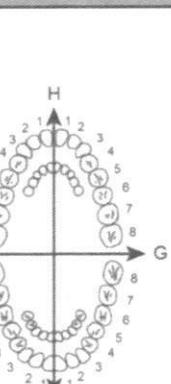
Fait à : Casablanca

Le : 03/11/2023

Signature de 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
07/08/2023				INP : 091285169 Dr ISSAAD Samia Gastro-Enterologie / Proctologie 4 <sup>me</sup> Bd Doba Bnou Nafit et la Grande Ceinture 1000 Casablanca Tél : 0522 62 98 09

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALYDIHAR 149 Quartier ALYDIHAR Berrechid 22540 Tél:0522232540 INPE:002084447	07/08/23	363,80

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.															
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
			INP : <input type="text"/>												
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553
	H	21433552													
	25533412	00000000													
	D														
	00000000														
	35533411														
	B	11433553													
	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>															
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>															

## ORDONNANCE

363180

le 07/08/2023

Mr ELWATTAH AMINE

1) SAPHER 1g (SV)

601,00 1 Sachet x 3 / Jr ptt

Pharmacie ALIZOUDIAR  
1st Quartier ALIZOUDIAR  
Tel: 05 22 32 54 61  
Fax: 05 22 32 54 62

2) Oropred 20 mg (SV)

3 cp / Jr le matin ptt 5j

3) Difal 100 mg Suppo (SV)

1 suppo / Jr ptt 5j

4) Ixor 20 mg (SV)

1 cp / Jr ptt 5j

5) Relaxol 800 mg (SV)

1 cp x 2 / Jr ptt 5j

6) Clootec 10mg 1cp/jr ptt 1 mois (SV)

DR ISSAAD Samia  
Gastro-Enterologie / Proctologie  
Ang. Bd. Oqba Bnou Nafil et la Grande Ceinture  
Imm. El Dorado Appt N°15 Casablanca  
Tel: 0522 62 98 09

RELAXOL 500MG/2MG  
CP 820  
P.P.V : 53DH10  
LOT : 22E005  
PER : 01/2025



Saphir® 1g/125 mg سفير  
16 Sachets كبس 16



PPV: 116DH00  
PER: 02-26  
LOT: M 522

Clatitec 10mg  
bouteille de 30 comprimés  
6 118000091370  
LOT : 6376  
UT AV : 03/25  
P.P.V : 61DH00

R® 20 mg 7 comprimés effervescents  
PPV 41DH30  
EXP 08/2023  
LOT 16046 2

IXOR® 20mg 7 comprimés effervescents  
6 118000 032786

60,00  
OraPred® 20 mg  
30 comprimés effervescents  
PROMOPHARM S.A.  
6 118000 241829

DIFAL®  
Diclofénac sodique 100 mg  
Boite de 10 Suppositoires  
P.P.V. : 3240 DH  
6 118000 190363