

## 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

M22- 0029560

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5652 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rebraite  
Nom & Prénom : SAFRI Miloudi  
Date de naissance : 28/01/1962  
Adresse : 40, coop EL Wafae Derroua Berrechid  
Tél : 0668498354 Total des frais engagés : 300 + 1266,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2023  
Nom et prénom du malade : HABIB MINA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Spondylite ankylosante  
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 : NSR Le : 15/11/2023  
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



# 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
13/11/23	S		300 011	<b>Dr. RABIK MARIAM</b> Spécialiste en Médecine Bucco-Dentaire Maladies Systémiques Rhumatismales Adresse: 07 Avenue Okba Ibn Nafaa 94 05 22 34 55 94

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

**LA PHARMACIE REGIONALE**  
**Dr. Saad BENJELLOUN**  
 Imm. 94- Lot N°4-DE ROU/  
 Tél: 05 22 51 47 85  
**INPE: 06 20 74 810**  
 13.11.23 1266.50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

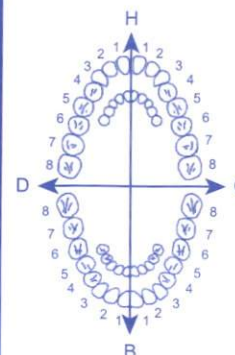
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
 25533412 21433552  
 00000000 00000000  
 D G  
 00000000 00000000  
 35533411 11433553  
 B

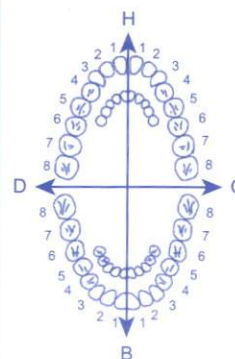
(Création, remont, adjonction)  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Médecine Interne  
Maladies Systématiques  
Maladies Rhumatologiques  
Maladies du Sang

الدكتورة رفيق مريّة  
اختصاصية في الطب الباطني  
الأمراض المجموعاتيّة  
أمراض الروماتزم  
أمراض الدم

طبيبة سابقة في مستشفيات  
مولاي يوسف وابن رشد  
في الدار البيضاء

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUN  
Imm. 94, Lot 101  
Tél: 05 22 51 47 07

**Berrechid le :** .....

Mu Idris B. NUNA  
51.0093

$$\text{MCI} = \text{MCI} \text{ 75.08}$$
$$39,80 \times 3$$

$5,00 \times 10^6$   
 $L \rightarrow 2 \times 10^6$   
 $5,00 \times 10^6$

$\vec{r}_S = 10 \times 6$

$$\cdot \in \mathbb{P}_Y \subset \mathbb{A}^1$$

22,00x5

oxs  
-C=C-C=C-C=C-

194, Sox3 ESRK '20 let

فقہ عقبہ ابن نافع الطابق السفلی - برشید۔

**Tél : 05 22 32 55 94**

Ts 1266.50

Tu de Zang

**Epyea® 75 mg**  
 Pregabalin  
 1/2 gelules  
 PPV: 75DH10  
 PROMOPHARM S.A.  
  
 6 118001 280690

⇒ x 6 Ged

PPV: 39DH80  
 PER: 07/26  
 LOT: M2570

⇒ x 3 Ged

**Laroxyl® 40 mg/ml**  
 Amitriptyline

⇒ x 3 Ged

PER 12/24  
 PPV 144DH80

51,00

⇒ x 3 Ged

22,00

⇒ x 5 Ged