

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° S19- 0007405

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 12976

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

185150

Nom & Prénom : EL GSSIER Hajar Date de naissance : 13/10/1990

Adresse : BD ABDELMOUNEN ESC B Appart 18, Mohammedia

Tél. : 06.00.69.81.92 Total des frais engagés : 1336,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/11/2023

Nom et prénom du malade : EL GISSIER Hajar

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : CS posr ACCOUPement

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

Signature de l'adhérent(e) :

Vuy.

Le : 16/11/2023

## **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
16.11.2013	CS			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AC/AA/23	1336.00	0010982

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## 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.

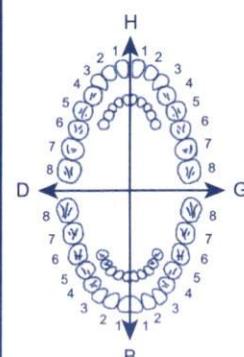
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
12	21433552
00	00000000
00	00000000
11	11433553



#### **(Création, remont, adjonction)**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

79,80  
4- Nurax 9  
n° 1



Lot:  
A consommer de  
préférence avant le:  
PPC: 79,80 DH

230546  
06/2026



5 - Betadine nassud

1 blister min + 215

240,00

6- Kelastie gel

n° 1



Importateur Exclusif  
BIOCODEX MAROC  
B.P 126 Nouaceur  
www.biocodex.ma  
P.P.C.: 240,00 DH



123,00

7- Biomortel gel

lychee 15



Scannez moi

LOT: 2307033  
FAB: 07/2023  
EXP: 07/2026  
P.U.C: 123,00DH



PPV: 14DH00  
PER: 06/26  
LOT: M2187

110,00

Doliprane 99

1/8 68h

ml

111 736,00

1g/15

Doliprane

opds su d'PP



PPV: 222,00 DH  
LOT: 652432  
PER: 05/25



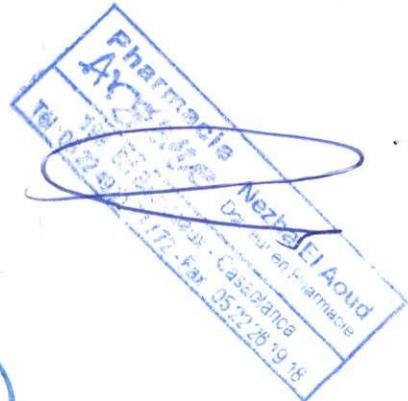
Casablanca, le: 16/11/2023

## ORDONNANCE

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
24 sachets



NA  
231109160930MO-C 16/11/2023  
**Mme EL GSSIER HAJAR**  
Naissance : 13/10/1990 16:14:00  
PAYANT  
DR.HAMOUMI LILIA



222.00  
1 - Augment 1g sach x 21

349,00 + 138,10 + 2  
1 sach x 21

2 - Roxx 94

1 gels 85 et 10

32.00  
3 - Guoban 97

2 gels 31

**sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6  
P.P.V. : 349DH00



**sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2  
P.P.V. : 138DH10



**sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2  
P.P.V. : 138DH10



Lot:	6452A
EXP:	09.12.2025
PPV:	32,00 DHS
PPV:	32,00

شارع غاندي، 20210 Casablanca • الدار البيضاء، 54

+212 522 36 74 05 +212 522 94 07 70 / 74 +212 522 39 09 73 +212 522 36 05 34