

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| o Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| o Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| o 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.

DECLARATION DE MALADIE

N° W21-761272 A97361

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **09736**

Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre : **EL HAROUDCHI SOUAD**

Nom & Prénom : **EL HAROUDCHI SOUAD**

Date de naissance : **13.10.1969**

Adresse :

Tél. : **06 69 28 49 42**

Total des frais engagés : **Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Rahmouni Imane  
Hépato-gastro-entérologue  
Et Proctologue  
INPE:061306155**

Date de consultation : **27/02/2024**

Nom et prénom du malade : **Age: \_\_\_\_\_**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant **Affection Disponible**

Nature de la maladie : **Affection Disponible**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **\_\_\_\_\_**

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements 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 : **M** **01 MAR 2024**

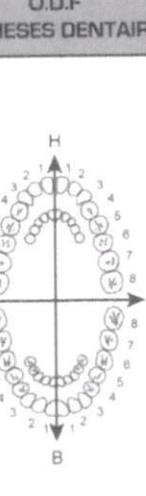
Signature de l'adhérent(e) : **K. H. M. R ACCUEIL**

**MUPRAS**

**ACCUEIL**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant dans lequel des honoraires	Chèche et signature du Médecin attestant le caractère des Actes
27/02/2021 20/02/2021	CT			Dr Raffaele Imamura Hépato-gastro- Et Proctologique NPE: 06130515
				Dr Raffaele Imamura Hépato-gastro- Et Proctologique NPE: 06130515
				INP 06130515

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROUTIERE BONNAC 05 60 87 30 00	22/02/21	28960

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																					
				INP : <input type="text"/>																					
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																									
<b>O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H		G																						
	25533412	21433552	00000000	00000000																					
	D		G																						
	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'EXECUTION <input type="text"/>																									
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																									



القائمة II - فقط وفقاً لوصفة طبية  
Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

احفظ هذا الدواء في مكان بعيد عن  
تناول أبدي الأطفال و عن متناول  
الإعلامية  
احتياطات خاصة بشأن المخاطر  
الدفء في درجة منوية 30  
يجب حفظه في علبته الأصلية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم المقادير الموصوفة

يجب احترام الجرعات الموصوفة  
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II  
بناءً على وصفة طبية فقط - لائحة II

Fabriqué sous licence par :  
Maphan Km 10, Route côtière 111,  
Ql-Zenata, Aïn Sebaâ, Casablanca.

 Abbott

DICETEL 100 MG  
CP PEL B30

6 118000 013129

## COMPOSITION :

Clidinium bromure (DCI) ..... 2,5 mg  
Chlordiazépoxide ..... 5 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé dragéifié  
Excipients à effet notoire :  
Lactose et saccharose.  
Avant toute utilisation, lire attentivement  
la notice intérieure.

**Librax® 5 / 2,5 mg** 

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT : 23230 PER : 10/2026  
PPV : 21,00 DH

Fabriqué sous licence **Meda**  
par les laboratoires **Steripharma**  
Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca  
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

**Librax®**

Chlordiazépoxide  
+Bromure de Clidinium

**5 / 2,5 mg**

**30 comprimés dragéifiés**



**Musfon 80mg**  
20 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



6 118000 410256



ج. واحدى صدى مسؤول

# موسفون

80 ملغم

فلوغوكالسيول

الم تشنجي في الأمعاء،  
القنوات الصفراوية والمثانة البولية والرحم.

LOT : M1146  
PER : 09/2026  
PPV : 30,80 DH

20 قرص متحلل  
عن طريق الفم

80 ملغم

موسفون  
فلوغوكالسيول  
أفراص متحللة

20

Code : AC2 - 00187