

# 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 à caractère personnel.



Déclaration de Mala

N° W19-468668

Dos n°  
63438.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0929

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

NOUHOU KHADIA

Date de naissance :

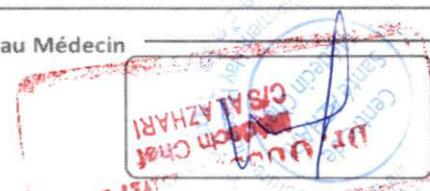
Adresse :

Tél. : 0662.2849.48

Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Lien de parenté :

HTA

Nature de la maladie :

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

MARS 2021  
ACCUEIL

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du titulaire	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES STADES 50, 50, Rue Al-Féral - 1007 Tél. 03 21 30 07 R.C : 245509 - Tél. : 33873067 IF : 40436642		556,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 les résultats de la radiographie de l'implant.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTA

Cachet du Médecin

Dr. OUSSALEM.  
Médecin Chef  
CIS AL AZHARI

Date : 08/03/2021

N° Khadija  
Noumne

Ordonnance

1) AprovaSC

185,60  
x3

300mg/5ml

~~556,80~~

NP /

traitement

de 3 mois

PHARMACIE DES STADES 2010  
50, Rue Al Fourat - Casablanca  
Tél : 05 22 25 49 25  
RC : 245509- Pte.: 35873067  
IF : 4043642

Dr. OUSSALEM.  
Médecin Chef  
CIS AL AZHARI

**Fabricant / Manufacturier / الصانع :**

Sanofi-aventis de México, S.A. de C.V.

Acueducto del Alto Lerma No. 2

Zona Industrial de Ocoyoacac,

C.P. 52740 Ocoyoacac, Etat de Mexico / State of Mexico  
Mexique / Mexico

**Sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

APROVASC 300mg/5mg B28

Cp Pel

**PPV : 185,60 DH**



5 118001 082049

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED**

**الرجاء التقيد بالجرعات الموصى بها**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Prescription only medicine - List I

دواء يصرف بناء على وصفة طبية - قائمة ا

3 582910 068976

**Fabricant / Manufacturier / الصانع :**

Sanofi-aventis de México, S.A. de C.V.

Acueducto del Alto Lerma No. 2

Zona Industrial de Ocoyoacac,

C.P. 52740 Ocoyoacac, Etat de Mexico / State of Mexico  
Mexique / Mexico

**Sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

APROVASC 300mg/5mg B28

Cp Pel

**PPV : 185,60 DH**



5 118001 082049

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED**

**الرجاء التقيد بالجرعات الموصى بها**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Prescription only medicine - List I

دواء يصرف بناء على وصفة طبية - قائمة ا

3 582910 068976

**Fabricant / Manufacturier / الصانع :**

Sanofi-aventis de México, S.A. de C.V.

Acueducto del Alto Lerma No. 2

Zona Industrial de Ocoyoacac,

C.P. 52740 Ocoyoacac, Etat de Mexico / State of Mexico  
Mexique / Mexico

**Sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

APROVASC 300mg/5mg B28

Cp Pel

**PPV : 185,60 DH**



5 118001 082049

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED**

**الرجاء التقيد بالجرعات الموصى بها**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Prescription only medicine - List I

دواء يصرف بناء على وصفة طبية - قائمة ا

3 582910 068976