

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-452426

74017 CA

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12455      Société : Royal Air Maroc

Actif       Pensionné(e)       Autre :

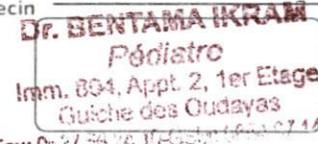
Nom & Prénom : MOUMINE AYMANE

Date de naissance : 09/09/1984

Adresse : Apt 8, Pann 11, Residence les Sequoias, Rial Oudb Mtaq Temana

Tél. : 0661331136      Total des frais engagés : 519,00      Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 04/04/21

Nom et prénom du malade : Moumine Aymane      Age : 6 ans

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-452426

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_



Dr Ikram BENTAMA

Pédiatre

Diplômée de la faculté de Médecine de Rabat  
Ancienne praticienne à hôpital d'enfant de Rabat  
Néonatalogie et Réanimation Néonatale



كتورة إكرام بنطامة  
اختصاصية في أمراض الأطفال  
أو الرضع وحديثي الولادة  
خريجة كلية الطب بالرباط  
طبيبة سابقة بمستشفى الأطفال بالرباط

Rabat, Le .....

Moumine Soulajouane

٢٠,٦٥ x 2

① Augmentin effach

21,90

② Butorenk

58,40 1/2 case x 31 j

③ Solopred 20 mg

22,50

④ Brafer

12,70 1 case x 12

⑤ Doliprane 300

269,60 suppo 16 heures

Imm 894, 1<sup>er</sup> étage Appt 2,  
Av. des Oudayas, Guiche Oudayas  
Témara ( en face de Dar Al Koran)  
Tél: 05 37 56 24 10 - Gsm: 06 64 07 14 83  
INPE: 101189645 - ICE: 001689270000080

Pharmacie AL ANOUAR  
380, Secteur 8, Oudayas  
Témara

alterné  
chaque  
3 heures  
16 heures

DR. BENTAMA IKRAM  
Pédiatre

PPV 12DH00  
PER 07/21  
LOT 11795

← 12,80



PPV 12DH06  
PER 11/21  
LOT H2419

← 12,80

PPV (DH):  
Lot N°:  
UT. AV:

**BRUFEN**<sup>®</sup>

100 mg/5 ml Ibuprofène

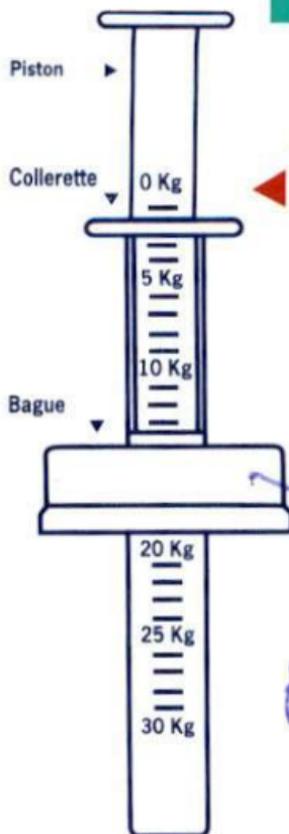
**Suspension  
pédiatrique**

← 22,90

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN®**

100 MG/12,5 mg par ml

**enfant**



**1 dose-graduation n° .....**

3 fois/jour, à prendre de  
préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

PPV: 70,60 DH  
LOT: 593441  
PER: 02/2020

**Uniquement sur ordonnance**

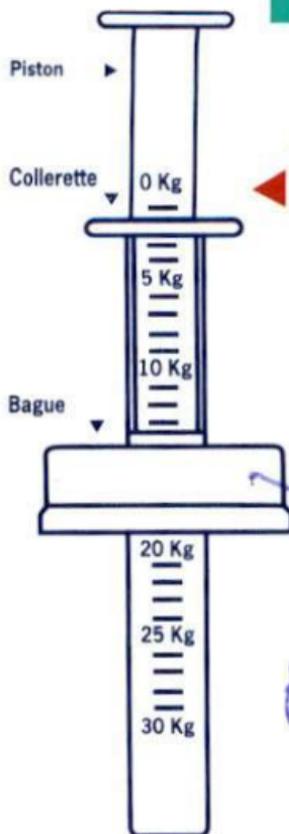
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Augmentin® est une marque  
déposée des sociétés du  
Groupe GlaxoSmithKline

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN®**

100 MG/12,5 mg par ml

**enfant**



**1 dose-graduation n° .....**

3 fois/jour, à prendre de  
préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

PPV: 70,60 DH  
LOT: 593441  
PER: 02/2020

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Augmentin® est une marque  
déposée des sociétés du  
Groupe GlaxoSmithKline