

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M20- 0004448

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1578 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KHAMLI CHI Khaeliza  
 Date de naissance : 1-1-47  
 Adresse : RESKASA VOZHA, Bd de l'Océan Atlantique, Casa  
 Tél. : 06-61-18-17-61 Total des frais engagés : 84,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

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 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 : Casa Le : 6-3-22

Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6-5-22	84,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

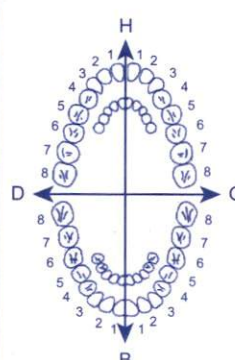
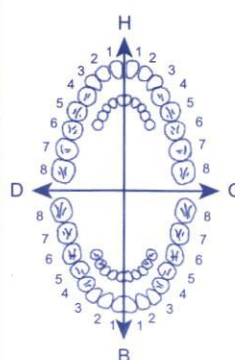
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quatre-vingt Quatre Dirhams et 50 centimes.**



**POSOLOGIE :** Voie nasale.

Utiliser **STÉRIMAR™ STOP & PROTECT Allergies** dès l'apparition des premiers symptômes de la rhinite allergique.

**2 pulvérisations dans chaque narine, jusqu'à 6 fois par jour, pendant 6 jours.**

Convient aux femmes enceintes ou allaitantes.

Dès  
3 ans

**PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

En cas de doute, demander conseil à votre pharmacien ou consulter votre médecin ou spécialiste ORL. Conserver à température ambiante.



Lire attentivement la notice avant utilisation.

**LABORATOIRES FUMOUE**

SOFIBEL - Laboratoires Fumouze  
110-114, rue Victor Hugo  
92686 Levallois-Perret Cedex  
FRANCE

Volume net : 20 ml.

Depuis la France uniquement

N° Vert 0 800 00 10 20

www.sterimar.com

R11-2016

ETU26302V04

**STÉRIMAR™ STOP & PROTECT Allergies**

**TRAITEMENT CONTRE LA RHINITE ALLERGIQUE À BASE D'INGRÉDIENTS D'ORIGINE NATURELLE :**

- Eau de mer 100% naturelle modérément hypertonique
- Enrichi en calcium et en manganèse
- Complexe breveté d'acides hyaluroniques

**Décongestionne** les voies nasales.

**Réduit** significativement l'écoulement nasal et les éternuements.

**Calme** les démangeaisons du nez.

**Encapsule** les particules extérieures (allergènes, poussières, pollution, etc.) responsables de la réaction allergique, les **inactive** et les **élimine** rapidement.

**Hydrate** durablement et **forme** un film protecteur imperceptible qui **empêche** les allergènes d'entrer en contact avec la muqueuse nasale.

**Renforce** significativement la **fonction barrière** dans le total respect de la muqueuse.

**STÉRIMAR™ STOP & PROTECT Allergies**

est un **dispositif médical**.

A base d'ingrédients d'origine naturelle, il agit rapidement et efficacement sur les symptômes de la rhinite allergique (écoulement nasal, éternuements, nez bouché, démangeaisons, picotements, larmoiements, etc.) et lutte contre leur réapparition.

L'efficacité de ce traitement est **scientifiquement prouvée**.

**SANS CONSERVATEUR**

**SANS EFFET DE SOMNOLENCE**

Importateur Exclusif  
Biocodex Maroc  
www.biocodex.ma  
P.P.C. 90,90 DH

Grâce à son système valve anti-reflux, la formule reste **100% PRÉSERVÉE** même après ouverture, sans risque de contamination.

**TRAITEMENT**

**STÉRIMAR™**  
**STOP & PROTECT**

**ALLERGIES**

• **ÉLIMINE**<sup>1</sup> les allergènes

• **SCULAGE** rapidement les symptômes

• **PROTÈGE** des allergies

**Calcium + Mn**

**Eau de mer 100% naturelle**

Sans conservateur

Spray valve anti-contamination

3 331300 097771 >

LOT LP0237

2023-10