

# 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 des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00479

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FANGAR AHMED

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Résidence El mansour A.C.E B.Goloudi et

Tacoubs 70 mansour 1M.37 APP.6 CASA

Tél. : 06 63 29 50 31 Total des frais engagés : 755 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : FANGAR AHMED Age : 76 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

FANGAR AHMED

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, 15/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVE 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
12 SEP 2021	Chirurgien Dentiste		3000	Professionnel El Moutawakel Chirurgien Dentiste - Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU CROISSANT 3, Bd. Sour Jdid - Casablanca Tél: 05 22 22 02 61	12/09/22	3, Bd. Sour Jdid - Casablanca Tél: 05 22 22 02 61 100,00 159 79180000 454,70

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

# 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	21433552
25533412	00000000
D	00000000
00000000	00000000
B	35533411
35533411	11433553

**[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**

Professeur EL MRINI M.

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية

عضو الجمعية العالمية لجراحة

الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le.....  
12 SEP. 2022

W

Ranam

Almou

159,30 + 14

PHARMACIE DU CRUZ  
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca  
Tél: 05 22 22 61  
ICE: 00 159 79 8000031

Farmac

cycle mo x Rm

45450

PHARMACIE DU CRUZ  
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca  
Tél: 05 22 22 02 61  
ICE: 00 159 79 8000031

Professeur El Mrini Mohamed  
Chirurgien Urologue  
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 05 22 21 36 36 - FAX: 05 22 25 88 80

Alfuzosine chlorhydrate ..... 10 mg  
**Excipient à effet notoire:** Lactose  
Excipients q.s.p un seul comprimé.

**Indications, Contre-indications, Posologie**  
**& Précautions d'emploi :** Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.**

PPV.147 DH 60



بدون شروط معينة للتخزين.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

**FOTRAL®**  
Alfuzosine

**FOTRAL® 10 mg**

30 comprimés à  
libération Prolongée  
Voie orale



6 118 001 300 150

**10 mg**

**30 Comprimés à  
Libération Prolongée  
Voie orale**

**Composition par comprimé:**

Alfuzosine chlorhydrate..... 10 mg

**Excipient à effet notoire:** Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

**Indications, Contre-indications, Posologie**

**& Précautions d'emploi :** Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.**



بدون شروط معينة للتخزين.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

# **FLOTRAL®**

Alfuzosine

**FLOTRAL® 10 mg**

30 comprimés à  
libération Prolongée  
Voie orale



6 118 001 300 150

**10 mg**

**30 Comprimés à  
Libération Prolongée  
Voie orale**

**Composition par comprimé:**

Alfuzosine chlorhydrate ..... 10 mg

**Excipient à effet notoire:** Lactose

Excipients q.s.p un seul comprimé.

PPV: 159DH30



**Indications, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi :** Lire la notice à l'intérieur.

Aucune condition particulière de conservation.

**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.**

بدون شروط معينة للتخزين.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

# **FLOTRAL®**

Alfuzosine

**FLOTRAL® 10 mg**

30 comprimés à  
libération Prolongée  
Voie orale



6 118001 300150

10 mg

30 Comprimés à  
Libération Prolongée  
Voie orale