

## 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 ALP :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0005472

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3242 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
 Nom & Prénom : EL AJI Chadia  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél : 0666339277 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : EL AJI CHADIA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : arthrose  
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



### 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
19/09/2022		G		Riad Bernoussi, C. Appt. N°6 2eme Etg. - Sidi Bernoussi - Casa Tél.: 0522 73 44 42

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL LOUF Mme. BOUJELLOUN NEAMA 313, Bd. Oued Tensift El Oulfa Casablanca - Tél.: 022.91.00.23	19/09/22	849,00 447,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

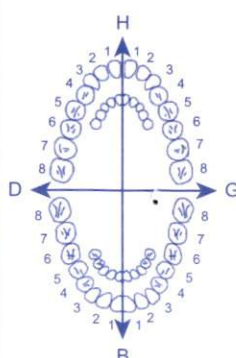
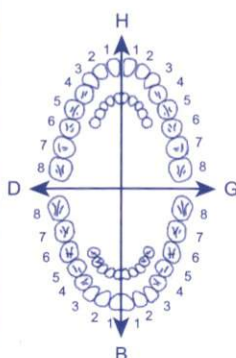
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

السيد(ة)  
Chachra  
H/ME E2 ASI

المجموع	الثمن	نوع البضاعة	العدد
2400		cedol	1
2970		Rinust	1
4470			

12400

2970  
4470

PHARMACIE EL LO  
313 Bd  
Cachera



Dr. MAKHCHOUNE Mouna

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations  
et de la colonne vertébrale (sciaticque)  
Les rhumatismes  
Ostéoporose et la goutte  
Rhumatologie Pédiatrique  
Echographie ostéo-articulaire



C.R.R.P.

الدكتورة مخشون منى

طبيبة أخصائية

أمراض العظام، المفاصل و العمود الفقري (بوزلوم)  
أمراض الروماتيزم  
هشاشة العظام و النقرس  
أمراض الروماتيزم عند الأطفال  
فحص المفاصل بالصدى

19 SEP. 2022

N°

ELAJL

LAHADA

1 chondro sulf/400

1glt x 3 / (Bou)

883,00  
x3

849,00



HARMACIE EL LOUF  
Ime. BENJELLOUN NEAMA  
413, Bd. Oued Tapsit El Oued  
Sidi Bernoussi - Casablanca - Maroc 2022.91.00  
الدكتورة مخشون منى  
Dr. MAKHCHOUNE Mouna  
Rhumatologue  
Riad Bernoussi, Imm. C Appt. N°6  
2ème Etg. Sidi Bernoussi - Casa  
Tél.: 0522 73 44 42

PHARMACIE EL LOTF  
Mme. BENJELLOUN NEAMA  
313, Bd. Oued Tensift El Oufia  
Casablanca - Tél: 022.91.00.23

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



PPV : 283,00 DH



ÉTUI  
+ PLAQUETTE  
+ NOTICE



ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



PPV : 283,00 DH



ÉTUI  
+ PLAQUETTE  
+ NOTICE



Médicament autorisé n° 340093

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



PPV : 283,00 DH



ÉTUI  
+ PLAQUETTE  
+ NOTICE

