

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) :  
10817 Société : R. A. M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : DRIOLICHE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

330,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 26/10/2022

Le : 26/10/2022

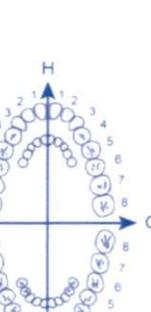
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26.5.2025	GS	GS		INP : 0900345678 Dr. EL BOUHIFI RAJAA Médecin spécialiste 1234567890123456789023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formateur	Date	Montant de la Facture
<p>① PHARMACIE CH. HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BOUSAADA Boul. Ben Arous Lmsalha Bouskoura Nouaceur - Casablanca Tel : 05 22 59 23 15</p>	26/07/22	<p>INPE 192103860 330.90 CE : 001848396000 UNIVERSITAIRE BOUSAADA PHARMACIE CH. HOSPITALIER</p>

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of teeth treated)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)														
				INP : <input type="text"/>														
				Coefficient des travaux <input type="text"/>														
				Montants des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
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'exécution <input type="text"/>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																		

Hôpital s  
Fume

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebâ Casablanca  
Orcken 100mg/5ml  
gr fl 40 ml  
P.P.V : 119,30 DH  
5 118001 080052

Casablanca, le : 26/07/22

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

## ORDONNANCE

Docteur : Dr El Soufri

DRIOUICHE

DR.  
DR. El SOUFI

NOUR

el flos

PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA  
Dr Ben Aissa Lounisalla  
Noureddine Casablanca  
Tél : 05 22 59 23 15

1

119,30 x 2  
1) ORKEN bebe

1 dose au pris de

17,50

2) Doli Pédia tripe (si )

1 dose au pris de

45,30

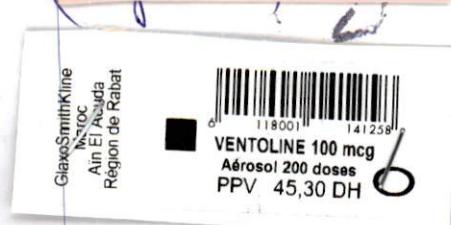
3) VENTOLINE spray

2 bouffées 3x1

**Doli®**  
PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PPV : 17,50  
PEM : 27,30  
LOT : J41



4) Ventilator from nebulisation  
29,5°

5)

and liberé du mal de tête  
from nebulisation.

T<sup>3</sup> 33°,95

PHARMACIE CENTRE HOSPITALO  
UNIVERSITAINE BOUSKOURA  
Ouled Ben Amar L'Insalha Bouskoura  
① Nouaceur Casablanca  
Tel - 05 22 59 23 15

CHU DE CASABLANCA  
Hôpital Universitaire  
DE EL BOURIFI RABALA

# Ventoline

SALBUTAMOL

gsk

0,5 pour cent  
(5 milligrammes/ml)

Solution pour inhalation  
par nébuliseur

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 29,50 DH  
6 9445445461  
  
118001 141296