

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-701031

137579

(S)

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12514

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT MAHDY LAHCEN

Date de naissance : 16/06/84

Adresse : LA PERLE DE NOUACER 2 IMH 6  
APPT 10 NOUACER, CASABLANCA

Tél. : 0674691526 Total des frais engagés : 447,300 dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/10/2017

Nom et prénom du malade : Sofia Ait Mahdi

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfan

Nature de la maladie : angine

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 07/11/17

Signature de l'adhérent(e) :

H. HAMDI

## **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             |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/10/2017      | CS                |                       | 200,000                         | INP : INPE 001414<br>INPE Residencia Ei Wahda 0522 51 42 88<br>www.inpe.ma |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 08/12/21 | 24713-                |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES              | Dents<br>Traitées                         | Nature des<br>Soins  | Coefficient                                       | INP : <input type="text"/>                   |
|------------------------------|---|--|---|--|
|                              |   |  |   |  |
|                              |   |  |   | 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<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |  |   |  |
|                              | H   | 25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | 21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                              |   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |  |
|                              |   |  |   | 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'EXÉCUTION**

**Dr.FOUISSI MOUNIA**  
**Pédiatre**

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd  
Diplômée de la Faculté de Médecine et de  
la Pharmacie de Casablanca



**د. الفويسلي مونية**

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع

طبيبة متخصصة سابقاً بمستشفى ابن رشد للأطفال  
خريجة كلية الطب  
والصيدلة بالدار البيضاء.

Le : ..... 08/10/2022

Age : .....

Poids : ..... 12,00

Nom : ..... **L'enfant : AIT MAHDI SOFIA**

**1) NASACORT SPRAY**

1 PUL / J PDT 2 MOIS

**2) HIVERNEX SIROP ENF**

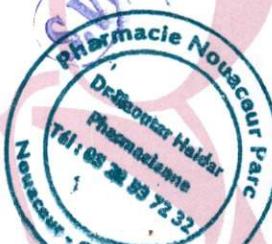
1 CAM X2 / J PDT 6J

**3) AMYLASE SIROP**

1 CAM X3 / J PDT 5J

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Nasacort 56 µg spray b 1 fl  
P.P.V : 107,40 DH  
E 118001 080816

40,00



5000 درهما

100 درهما

Dr. FOUISSI MOUNIA  
Pediatre

E-mail: mouniafouissi@gmail.com  
Av. de la Résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua  
Deroua, Tel: 0522 51 42 88

شارع المقاومة، الوحدة ١ الرقم ٩٨، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)  
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

# HIVERNEX

Défenses - Immunité  
Troubles hivernaux

Echinacée, Cassis, Plantain,  
I-Fluid Reine des Prés, Gelée Royale

**Zinc, Vitamine C**

**SIROP**

Sans Sucre

Sans Alcool

LOT 091930/FC3

PER 09/2024

PPC 79,00



Arôme Caramel  
Flacon 150 ml