

# 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

- 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.

**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

143212

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0002876**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2X19

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Moussafir Rachid

Date de naissance :

14/07/1971

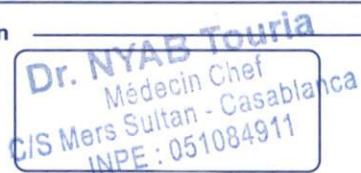
Adresse : Golf city villa 346 quartier 19 Prestigia

Tél. : 0663441199

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09/12/2021

Nom et prénom du malade :

Rachid Moussafir

Age : 1971

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bonelite

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 Le : 07/12/2021

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
09/12/2022	—	—	Gratuit	

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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	

## 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 de l'ODP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE



Dr. NYAB Touria  
Médecin Chef  
C/S Mers Sultan - Casablanca  
INPE : 051084911



Le : 09/12/2011

M<sup>r</sup> Rachid Nousseir

126,30

11 - Argent. Sachet  
1 sachet x 21,-



18,40

21 - Solupred 20  
3 cpl/j get



22,00

31 - Rhin + salved  
1 sahet x 31,-



118,30

4  
Dr. NYAB Touria  
Médecin Chef  
C/S Mers Sultan - Casablanca  
INPE : 051084911

I DR  
1 gpl/i



T 3 3 & 1,20

disponible en sachet  
poudre pour suspension

1g / 125 mg



# AUGMENTIN

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN 1g

/125 mg

sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

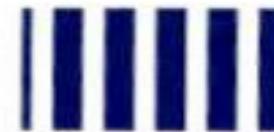
Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلا... يوم.

Uniquement sur ordonnance •

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 126,30 DH  
LOT: 648851  
PER: 10/23



Laprophan

لابروفان

28



20

جاري التسليم

ixor®

®

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 02/2024

LOT 10032 3

# CERTIFICAT MEDICAL

Dr. NYAB Touria  
Médecin Chef  
CIS Mers Sultan - Casablanca  
INPE : 051084911

Je soussigné(e), Docteur .....  
certifie avoir examiné ce jour Mr (Mme) : Rachid Nousseir  
habitant : .....  
et atteste que son état de santé.

- 1) Nécessite un traitement avec arrêt de travail de : ..... Jours  
sauf complications, du 09/12/2022 au 10/12/2022 (62) jours
- 2) Nécessite une prolongation d'arrêt de travail de : ..... Jours  
sauf complications, du ..... au .....
- 3) Nécessite l'admission d'urgence .....  
ou nécessite le transport d'urgence en ambulance à l'hôpital .....

Ce certificat est délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Dr. NYAB Touria  
Médecin Chef  
CIS Mers Sultan - Casablanca  
INPE : 051084911

Cachet du médecin

