

## 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.



143212

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

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2113 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MOUSSAFIR RACHID Date de naissance : 14/01/1971  
Adresse : Gdf City, Villa 346 quartier 19 Prestigia  
Tél : 0663441459 Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 09/12/2022  
Nom et prénom du malade : Rachid Moussafir Age : 1971  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Bncl te  
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 : 09 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

### 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



# 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
09/12/2022				<i>[Signature]</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

09/12/22 325,20

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

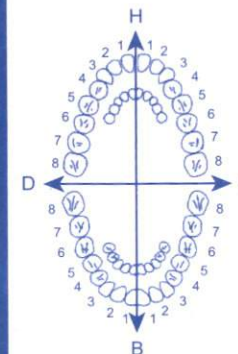
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

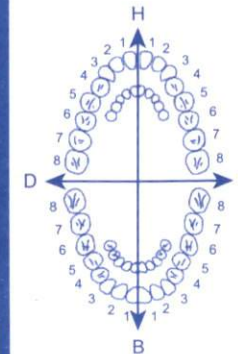
FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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: 29/12/2022

M Rachid Noussoufi

126,38

21 - Augment. sachet  
1 sachet x 21;



18,40

21 - Solupred 20

3 cpl; per



22,00

31 - Rhumix sachet  
1 sachet x 31;



118,18

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

I x 20  
1 cpl;



T: 321,20



poudre pour suspension  
 buvable en sachet



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 الاكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance •

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

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





Laprophan  
للإبراهيم

فلاجيل

28



20 ملغ

أوميترازول

إكسور®

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 02/2024  
LOT 10032 3

# CERTIFICAT MEDICAL

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

le 09/12/2022

Je soussigné(e), Docteur .....

certifie avoir examiné ce jour Mr (Mme) : Rachid Noussoufi

habitant : .....

et atteste que son état de santé.

1) Nécessite un traitement avec arrêt de travail de : 62 jours

sauf complications, du : 09/12/2022 au : 10/12/2022

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  
C/S Mers Sultan - Casablanca  
INPE : 051084911

Cachet du médecin

