

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 071013

144700

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2021 Société : R. A. M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAHIM SALAH

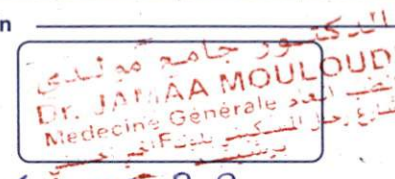
Date de naissance :

Adresse : H BACHA Brachid

Tél. : 06 18 42 90 33 Total des frais engagés : 696,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/01/2023

Nom et prénom du malade : MR Fahim Salah Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Sciatique, Adénome prostate + onchoc

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 : 04/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

a 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
04 01 23			154 DHS	AA MOULOUDI Medicine Generale

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2/01/23	546.60

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

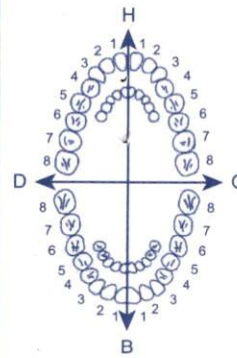
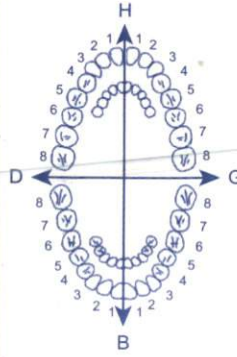
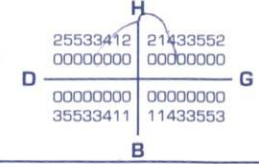
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veuillez 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 <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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

DOCTEUR JAMAA MOULOUDI  
 Médecine générale  
 lauréat de la faculté de médecine  
 de Casablanca  
 tél : 06.62.11.79.78

الدكتور جامع مولدي  
 الطب العام  
 خريج كلية الطب  
 بالدار البيضاء  
 الهاتف : 06.62.11.79.78

Berrechid le : .....

24/01/23

Mr Rahim Salah

82.40 Dolix 60



100.00 1 cp / Ra 204 40 mg / 14



136.50 1 cp / 1/2 /



37.00 1 cp x

Dox x 2



28.00 2 cp x 3

Ativan 50



10.00 1 cp x

Contaflo 500



PHARMACIE BADR  
 عبد الحسي بن رشيد  
 Dr. Hay Hassani  
 161, Bloc F Hay Hassani  
 Berrechid - Tél 022.32.88.72

PHARMACIE BADR  
 عبد الحسي بن رشيد  
 Dr. Hay Hassani  
 161, Bloc F Hay Hassani  
 Berrechid - Tél 022.32.88.72

304 Bd Rahal Meskinie Bloc F Hay Hassani Berrechid Tél : 06.62.11.79.78  
 06.62.11.79.78 : الهاتف : -الحسي رشيد -الحسي رشيد

Lot.: 211363  
Exp.: 11.2024  
PPV: 136DH50



6 118001 040841

LOT: 09922017  
PER: 05/2027  
PPV: 27.00 DH

ALIVIAR® 50 mg

20 Gélules



6 118000 230250

N° Lot:  
FAB:  
Per:  
PPV:

LOT: 624  
PER: 06/25  
PPV: 100,00 DH

RAZON® 40 mg

14 Comprimés enrobés  
gastro-résistants



6 118000 140726

DUOXOL 500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés

37,00

علبة من 20 قرصا

DUOXOL 500mg/2mg  
20 comprimés



6 118000 120735

CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

30 Gélules  
à libération prolongée  
Voie orale



GTIN: 18901296110185  
Lot: DFD0539A  
EXP.: 01/2024  
S.N.: XRSY66GWMBF



CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération  
prolongée  
Voie orale



6 118001 1300556

PPV: 82DH40  
PER: 05/25  
LOT: L1561-31



DOLICOX® 60 mg

7 Comprimés pelliculés



6 118000 041924



LOT: 09922017  
PER: 05/2027  
PPV: 27.00 DH

ALIVIAR® 50 mg

20 Gélules



6 118000 230250

LOT: 09922017  
PER: 04/2027  
PPV: 27.00 DH

ALIVIAR® 50 mg

20 Gélules



6 118000 230250