

# 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 058288

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 091152 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZAHIDY Bouahid  
 Date de naissance : 11.02.1968  
 Adresse : P43 Bolomar P43 Esc 5 APT 20 Casa  
 Tél. : 0626301902 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 5/1/2023  
 Nom et prénom du malade : ZAHIDY Bouahid Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Bmlle  
 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 : Le : 5/1/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :



### 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
21/12	3		200	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05.01.23	288.20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

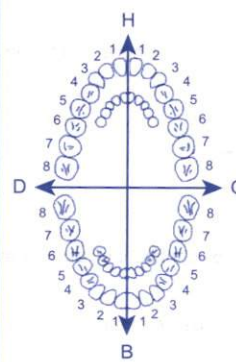
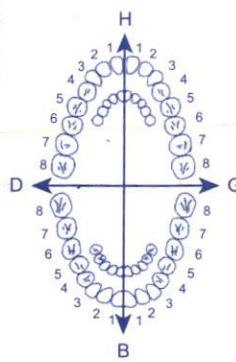
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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

**Dr. Hafid OUKHLIFT**

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R  
MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE  
MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE  
CERTIFICAT DE LA FEDERATION  
INTERNATIONAL DU DIABETE ET DE U.E.M.S.  
ECHOGRAPHE  
HOLTER TENTIONNEL  
ECG

**الدكتور حفيظ أوخليف**

طبيب رئيس سابقا بالقوات المسلحة الملكية  
عضو منتسب للجمعية الفرنسية  
و الأوروبية لأمراض القلب  
عضو منتسب للجمعية الفرنسية للضغط الشرياني  
شهادة من الجامعة الدولية لداء السكري و الزناد  
الأوروبي للأطباء الأخصائيين  
الكشف بالصدى (إكوغرافي)  
هولتير الضغط الدموي  
تخطيط القلب

Casablanca, le 5/11/23

2012 10 4 Bouddin.

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 200 mg, cp, pel b 8  
P.P.V: 116,30 DH

6 118000 061069

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 200 mg, cp, pel b 8  
P.P.V: 116,30 DH  
6 118000 061069

116.30 x2 2004

22.70 2004

32.90 2004

288.20

# حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

04,70 22,70

## ريزو ميلين<sup>®</sup>

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما 5  
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول



# AULCER<sup>®</sup>

## oméprazole 20 mg

Gélules gastro-résistantes

14 gélules

Voie Orale



LOT:22064  
PER:12/2024  
PH:32.90 DH

Laboratoire pharmaceutique **IBERMA**  
ZI -Lot 149-Had Soualem- Maroc  
Sous licence laboratoire pharmaceutique ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS  
CENTRUM, S.A. Espagne  
Groupe A.S.A.C  
NADIA IBNTABET : Pharmacien responsable

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Veuillez lire la notice avant d'utiliser ce médicament.  
Conserver dans l'emballage extérieur d'origine à une température inférieure à 30°C et à l'abri de l'humidité.  
Sous ordonnance médicale. Tableau C (Liste II)

يحتفظ به بعيدا عن نظر و متناول الأطفال.

اقرأ النشرة قبل استعمال هذا الدواء.

يحتفظ بهذا الدواء داخل غلبته الأصلية عند درجة حرارة أقل من 30

درجة مئوية و بعيدا عن الرطوبة.

تحت وصفا طبية. الجدول س (اللائحة II)

