

# 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

- Reclamation : 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](http://www.mupras.com)

148267

## Déclaration de Maladie : N° S19-0005892

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **AA457**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL IDRISSI Arij**

Date de naissance : **01/01/1970**

Adresse :

Tél. : **6647914442** Total des frais engagés : **424,30** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Nadia BOUKHOUMA**  
Bld 201 N° 684 Dar El Milad

**DR**  
**091037655**

Date de consultation : **17 JAN 2023**

Nom et prénom du malade : **EL IDRISSI Arij** Age : **1970**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Bronchite - Troubles rhumatismaux**

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.

**INFO 091037655**

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 : **CASAB**

Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL**

**17 JAN. 2023**

## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| JAN. 2023       | C1                |                       | 150,00                          | Signature et cachet du Médecin                                 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | 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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées | Nature des Soins   | Coefficient  |   |
|------------------------------|----------------|--|--|---|
|                              |                |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/> |
|                              |                |  |  | MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/>      |
|                              |                |  |  | DEBUT D'EXECUTION<br><input type="text"/>       |
|                              |                |  |  | FIN D'EXECUTION<br><input type="text"/>         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES |                | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  | H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000<br>35533411 11433553<br>B G | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/> |
|                              |                | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  | MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/>      |
|                              |                |  |  | DATE DU DEVIS<br><input type="text"/>           |
|                              |                |  |  | DATE DE L'EXECUTION<br><input type="text"/>     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ordonnance

Casablanca le : ..... 17 JAN 2023

M<sup>2</sup>

el IDRL882 A373

1L

46,000  
Acicarbone

S.I.

1 à 2 cp  
111,00

321j (Arax)

Reflex Bio -

S.I. 20h

1cp ar<sup>2</sup> duce x 10jms

Affined 20-

2cp à 9h - 1cp à 21h -

1x3 A15- x 10jms S.I.

22,00 Strogyl : 1x1cml - 3,50

x 57 - Cedol : 1cp à 10

**Cédol®**  
PARACETAMOL / CODEINE



+212 5 22 93 43 03



664, Bloc 601 - Derb el Warda H

درب الوردة الحي الحسني الدار البيضاء

601  
Bloc

22,00

PHARMACIE H<sub>2</sub>O  
326, Lot. Nassim Quartier Nassim  
MA-20190 CASABLANCA  
Tél/Fax: 05.22.89.05.00  
www.ph2o.ma

6/22/145  
Canaflucaï

33, os gelukh

11- Megastix

or soulever : 14p 3x1

Fr 244,30

Dr. Nadia BOUKHOUMA

PHARMACIE H<sub>2</sub>O  
326, Lot. Nassim Quartier Nassim  
MA-20190 CASABLANCA  
Tél/Fax: 05.22.89.05.00  
www.ph2o.ma

# Leflox PHARMA 5®

Lévofloxacine

500 mg

LOT : 6811  
UT. AV : 01-25

P.P.V : 111 DH 00

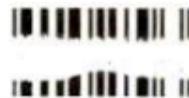


Adultes

7 comprimés pelliculés  
Voie orale



adultes  
PHARMA 5



# موسفون

80 ملغم

فلوغوكلسنول

**Musfon 80mg**

20 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410256



ج.واجدي صيدلي مسؤول

ألم تشنجي في الأمعاء.  
القنوات الصفراوية والثنانة البولية والرحم.

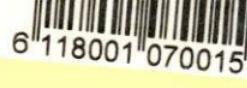
LOT : M0867  
PER : 09/2025  
PPU : 33.00DK

20 قرص متحلل  
عن طريق الفم

# اكتيكاربين

كلورهيدرات البابافيرين / فحم منشط

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)  
PPV 46,90 DH SOTHEMA



6 118001 070015



84 قرصا مغلفا أيضا

"أمعاء"

لعلاج عسر اله

# CANAFLUCAN®

FLUCONAZOLE

150 mg

- Antifongique

LOT : 1884  
PER : 07-25  
P.P.V : 22 DH 40



1

Gélule  
Voie orale

LABORATOIRES  
**PHARMA5**  
5 لجارة مختبر