

# 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.

149570

## Déclaration de Maladie : № P19-0005910

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7155 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GOTNI AHMED Date de naissance : 09-07-1962

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0635738080 Total des frais engagés : 54 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : ...../...../.....

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

#### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| .....           | .....             | .....                 | .....                           | .....  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           | .....  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           | .....  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           | .....  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date           | Montant de la Facture |
|--|----------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE D'OURIRI<br/>Boulevard d'Ouriri<br/>Casablanca<br/>T: 0522 90 17 13</i> | <i>13-2-23</i> | <i>54.00</i>          |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

### [Création remont. adjonction]

fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (3, 2, 1), upper right (1, 2, 3), lower left (4, 5, 6, 7, 8), and lower right (8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1). Four directional arrows are present: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The 'D' and 'G' arrows are horizontal, while 'H' and 'B' are vertical, defining the mesial (D, H), distal (G, B), buccal (G), and lingual (B) directions.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

PHARMACIE NOUZHA

MMÈ DIOURI AYADI NOUZHA  
602 BD OUM EL RABIA EL OULFA  
CASABLANCA  
Taxe Profes. N°: 35035000  
N° R.C. : 234244 N° CNSS :  
N° ID.F. : N° ICE 001665688000086  
Tel : 901715  
Fax

GOTNI AHMED

I.C.E. :

CASA

CASA

ML 7155

Le : 13/02/2023

PPV 20DH00  
PER.11/25  
LUT 1.3526

FACTURE N°: 45091/23

| Qté | Désignation        | Prix  | TVA | Montant |
|-----|--------------------|-------|-----|---------|
| 2   | ASPRO EFFERVESCENT | 17,00 | 7   | 34,00   |
| 1   | DOLIGRIPPE SACHET  | 20,00 | 7   | 20,00   |

TVA 7%: 3.53 Total : 54,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE QUATRE DIRHAMS

PHARMACIE NOUZHA  
DIOURI AYADI Nouzha  
602, Bd Oum Rabia - El Oulfa  
Casablanca  
Tél: 0522.90.11.11

PPU: 17,00 DH  
CB05494  
EXP: 11/2025

PPU: 17,00 DH  
CB05494  
EXP: 11/2025

الدواء 25°. في الحالات الطارئة في حالة ارتفاع درجة الحرارة، يجب إعطاء الجرعة الموصى بها (3000 ملجم) كل 4 ساعات. في حالات الالم الشديد، يجب إعطاء الجرعة الموصى بها (3000 ملجم) كل 3 ساعات. في حالات الالم الشديد، يجب إعطاء الجرعة الموصى بها (3000 ملجم) كل 3 ساعات. في حالات الالم الشديد، يجب إعطاء الجرعة الموصى بها (3000 ملجم) كل 3 ساعات. في حالات الالم الشديد، يجب إعطاء الجرعة الموصى بها (3000 ملجم) كل 3 ساعات.



ASPRO®  
20 comprimés 500 mg  
EFFERVESCENTS

A conserver à l'abri de l'humidité et à une température inférieure à 25°C.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.  
NE LAISSEZ NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.  
Fever tells que max de tête, éats grippaux, douleurs dentaires, courbatures.  
Reserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 30 kg (environ 9 à 15 ans) en cas de douleur éloue  
des étais fibrillés.  
Il est indiqué pour le traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée éloue  
INDICATIONS : Ce médicament contient de l'aspirine.  
Boire immédiatement après dissolution complète du comprimé dans un grand verre d'eau.  
Voie orale.

Protect from humidity. Keep under 25°C.  
Read the leaflet carefully before use.  
KEEP OUT OF SIGHT AND REACH OF CHILDREN.  
adults and children over 30 kg (approximately 9 to 15 years) in case of pain and / or fever  
such as headache, flu, dental pain, body aches.  
It is indicated to symptomatic treatment of mild to moderate pain and / or febrile conditions, to  
INDICATIONS : This medication contains aspirin.  
Drink immediately after complete dissolution of the tablet in a big glass of water.



Oral route.  
500 mg  
ASPRO®