

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



1749570

## Déclaration de Maladie : N° P19-0005910

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7155 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUTI 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 : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 15-07-2010

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13-2-23

54,90

### 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 :

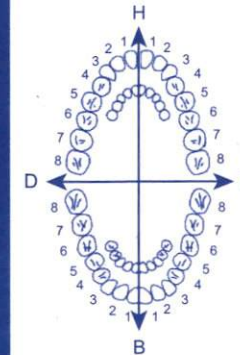
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

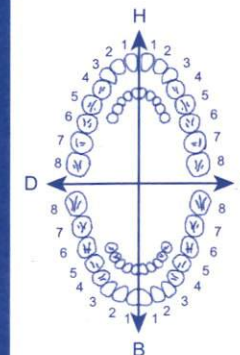
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

MMÉ DIQURI AYADI NOUZHA  
-602 BD OUM EL RABIA EL OULFA  
CASABLANCA

N° R.C. : 234244

N° CNSS :

N° ID.F.:

N° ICE 001665688000086

Tel : 901715

Fax

I.C.E. :

**CASA**

**CASA**

*Le : 13/02/2023*

PPV:20DH00  
PER:11/25  
LOT:13526

**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

<b>TVA 7%:</b>	<b>3.53</b>
----------------	-------------

<b>Total :</b>	<b>54,00</b>
----------------	--------------

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE QUATRE DIRHAMS

PHARMACE NOUZZHA  
DIOUR YADI Nouzza  
Maitre de Université de Bruxelles  
502, Bd Oum Raha - El Oulfa  
Casablanca  
Tel: 0522.90.1445 - Cas-

PPV: 17.00 DH  
CB05494  
EXP: 11/2025

PPV: 17.00 DH  
CB05494  
EXP: 11/2025



عن طريق الفم :  
اشرب القرص فور إذابته في كوب ماء كبير.  
دواعي الاستعمال : هذا الدواء يحتوي على الأسبرين.  
ينصح به لعلاج أعراض الألم الخفيف إلى المعتدل و / أو الحالات الحموية  
للأطفال والبالغين فوق 30 كجم (حوالي 9 إلى 15 سنة) في حالة الألم و / أو  
الحصى مثل الصداع والإرهاق والالام والالام المصاحبة  
للزكام في متناول يد أو بصير الأطفال.  
اقرأ جيداً محتوى النشرة الداخلية قبل الاستخدام.  
يحفظ بعيداً عن الرطوبة و في درجة الحرارة أقل من 25° مئوية.

A conserver à l'abri de l'humidité et à une température inférieure à 25°C.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

NE LAISSER NI À LA PORTÉE, NI À LA VUE DES ENFANTS.

fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 30 kg (environ 9 à 15 ans) en cas de douleur et/ou

des états fébriles.

Il est indiqué pour le traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou

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.

such as headache, flu, dental pain, body aches.

adults and children over 30 kg (approximately 9 to 15 years) in case of pain and / or fever.

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®

