

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

Nº M21- 0058247

15/11/61

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1604 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraite

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : 06 AV. Abdellah Khatib - Rabat

Tél. : 0661391484

Total des frais engagés : 741,30 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

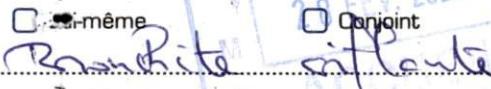
Cachet du médecin :



Date de consultation : /30/DEC/2022

Nom et prénom du malade : El Mouden Anissa Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : Méme



Nature de la maladie : Bronchite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

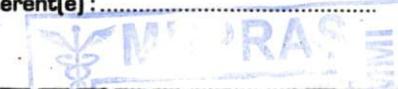
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

#### **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
10 DEC. 2017	2		300 dh	Dr. NADIA A Spécialiste en Pédiatrie et Sage-femme Chirurgie et Endocrinologie Rue Shou Appr N°3, 1er étage, Agadir Tel : 05 377 7277

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>102045937</b>	30/11/2022	441,30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

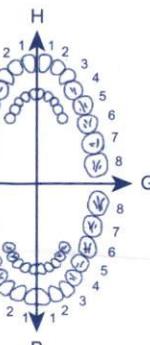
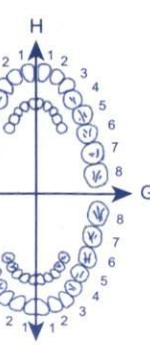
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 traitemen

an de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	MONTANT DES DEVIS		
	DATE DE L'EXECUTION		
	6 118001 320196 196,00 DH 22/11/2025  DES TRAVAUX Lot N° : 008R154A FAB : 11/2021 EXP : 11/2024 PPV : 45DH30		
	D'EXECUTION PPV: 40DH00 PER: 11/25 LOT: L3648  COEFF DES T b 82, Allée des Cèdres - Al-Sabha - Casablanca S.Bachir Pharmacien Responsable		
	MONTANT DES DEVIS		
	CLARIL® Clarithromycine 500 mg Boîte de 10 comprimés PPV: 160,00 DH 6 118000 191001 75x60x20		

données  
de l'Horloge

AVOCAT ATTESTANT LE DEVI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. NADIA AMANGAR**

*Spécialiste en Pneumologie Allergologie,  
Phtisiologie et Sevrage Tabagique*



Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Rabat.

Diplôme Universitaire en Exploration Fonctionnelle Respiratoire.

Ancien Médecin Résidente des Hôpitaux

Universités Avicenne et Moulay Youssef.



**الدكتورة نادية أمنكار**

أخصائية في أمراض الجهاز التنفسي  
الحساسية. داء السل والإقلاع عن التدخين

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط  
دبلوم الدراسات الجامعية في الكشف الوظيفي التنفسي  
طبيبة مقيمة سابقاً بالمركزين الاستشفائيين  
الجامعيين ابن سينا ومولاي يوسف

Rabat le: ..... الرباط في.....

30/12/2022

**Mme EL MOUDDEN AMINA**

**ORDONNANCE**

48,30

**INALER AEROZOLE**

196,00 2 bouffées 4 fois par jour pendant 1 semaine

**ZEPHIRUS 240 mcg/ 20 mcg**

1 gélule à inhalaer matin et soir pendant 1 mois

49,00 se rincer la bouche après chaque utilisation

**COTIPRED 20 MG**

160,00 2 cp/j le matin après le petit déjeuner pd 5 j

**CLARIL 500 CP**

1 cp 2 fois après le repas pendant 7 jours

441,30

مختبر الصيدلاني للكوكاين  
PHARMACIE DE L'OCEAN  
54 Av. Abdelkarim El Khattabi Océan  
Rabat - Tél: 05 37 20 21 76



**Dr. NADIA AMANGAR**  
Spécialiste en Pneumologie et Allergologie,  
Phtisiologie et Sevrage Tabagique  
15 Rue Sbou Appt N°3, 1er étage Agdal - Rabat  
Tel: 05 37 77 27 77