

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0037972

154073

Maladie     Dentaire     Optique     Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2646    Société : RAM  
 Actif     Pensionné(e)     Autre :  
 Nom & Prénom : RAMIoui Med  
 Date de naissance : 09/06/1958  
 Adresse : Residence charaf californis Rue N° 21  
 Immeuble G2H Appt 3 Ain Chock case  
 Tél. : 0615549320    Total des frais engagés : 429,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 02/03/2023  
 Nom et prénom du malade : SASSA NouFISSA    Age: 56ans  
 Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant  
 Nature de la maladie : pharyngite  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD     ALC    Pathologie :  
 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 : SASSA    Le : 21/03/23  
 Signature de l'adhérent(e) : RAMI

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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

### 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
02/03/2023		C	200,00012	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	2/3/23		229,60

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez 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																		
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																		
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
		D																		
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
B																				
G																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. BELGHAZAL SARRA**

Médecine Générale  
Echographie

Ex. Médecin au CHU  
Ibn Rochd de Casablanca  
Service Chirurgie Pédiatrique

**الدكتورة بلغزال صارة**

الطب العام  
الفحص بالصدى

طبيبة سابقة بمستشفى الأطفال  
ابن رشد قسم جراحة الأطفال

**Ordonnance**

Casablanca le 02/03/2023

**Biotinax**<sup>®</sup>  
Comprimés 500 mg

LOT: 210773  
PER: 10/2024  
PPC: 99,50DH

S.V

Sarra Nefise

99.50

1 Biotinax 500 mg

LOT : 5522  
PER : 12 - 25  
P.P.V : 10 DH 60

10.60 2 Paracetamol 500 mg

S.V

2 Paracetamol 500 mg

79.50 3 Carbamazepine 200 mg

S.V

40.00 2 Effipred 20 mg

S.V

Lot: 220213  
À consommer de préférence avant le: 04/2027  
PPC: 79.50 DH

**EFFIPRED<sup>®</sup> 20 mg**  
PPU 40DH00  
EXP 10/2025  
LOT 20018 12

229.60 anti-épileptique

Dr. BELGHAZAL Sarra

Rue 49, N°6 - App. 8 - Lotissement Omariya - Résid. Mosquée Omariya Hay Inara  
Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05.22.52.17.89 - N°P.: 34025064

Lot. Omariya Hay Inara Ain Chock - Casablanca

Tel: 05.22.52.17.89