

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-795883

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10030 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMRIBD FADILA

Date de naissance : 03.06.1975

Adresse : 159872

Tél. : 06 66 82 06 00 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08 MAI 2023

Nom et prénom du malade : AMRIBD FADILA Age : 48

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 03/05/23 Le : 03/05/23

Signature de l'adhérent(e) : Cy

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

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
03/05/2023			40000	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARM CHEIKH S.A.R.L. Dr. DIANI Abdelfatah N°600 LOTIS HAMRA 2 AV AL QODS AIN CHOIR - CASABLANCA GSM 0663 43 37 47- FIX 0808 57 16	03/05/2023	270,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Le

# Ordonnance

PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL  
Dr DIANI Abdelfatah  
N°600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODS  
AIN CHOCK - CASABLANCA  
GSM 0663 42 32 42 - FIX 0808 57 16

Sexe: ☒ H ☐ F

Nom/Prénom :

Age :

PADILLA ARIADNA

82,10

1) Zolges do.

98,80

2) Wephtan 160

89,50

3) Nektu

270,40

sept 09

LOT 220444  
EXP 01/2024  
PPV 82.10DH

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 12/2025  
LOT 2D023 3

Lot :  
À consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 89,50 DH

66A002B  
09/2025

ROYAUME DU MAROC

# Quittance

Ministère de la santé et de la Protection Sociale

CHP AIN CHOCK - Casablanca

N°00754214/J

Reçu de M

La Somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
C	23	
Total		4000

Cachet du  
Service

Le 03/05/93  
Signature du  
Régisseur

20