

# 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.

M22- 0031130

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13117

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAGHIER MAROUANE

Date de naissance : 27/10/1993

Adresse :

Tél. : 06 61 68 64 82

Total des frais engagés

# 126,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/03/2023

Nom et prénom du malade : MAROUANE SAHIR. Age: 29 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Syndrome grippal + diarrhée aig

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

13/03/2023

ACHAIE /

## 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.

## 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
12/03/2023	g	67		Dr. EL KABJAH Médecine Internat Ibn Rochd Casab

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
2	12/09/23	176,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

Docteur  
EL KABLI Achraf  
Médecine Interne  
CHU Ibn Rochd Casablanca

Casablanca, le :

12/9/2023

## ORDONNANCE

- Mr. SAVITIN. Allemagne
1. Rhumix sachets. 1S 5
2. Bismylese cp 1S 5
3. Cloprazine 10mg 1S 7
4. Smecta sachets 1S 5
5. 22,00 1 sachet x 3 1S 5
- 55,00
- 17,30 1 cp x 3 1S 7
- 52,40 1g x 3 1S 7 avant chaque repas 1S 7

PER 36 22/09/2023  
10 22/09/2023

SMECTA ORANGE VANILLE  
3G SACHET 800

P.P.V : 52DH40



30,00

⑤ oedz 20 mg gel

SV

1 gel 1/2 le matin pds 1/2

176,70

Dr. EL KABLI Achraf  
Medecin • Interne  
CHU Ibn Rochd Casablanca

PHARMACIE CASAVIEN  
Centre Commercial - IAI Casablanca  
Nasseim 169 64 64 12 50 00  
Dr. Othmane BENNOUNA  
tel 0522 63 64 64 12 50 00

میتوکلوبرامید®

کلوبر

10

أقراص ملائمة للأطفال وال氤افدين و الأطففال ملائمة للأدوية

40



**CLOPRAME®** 10 mg 40 comprimés sécables

PPV 17DH30

EXP 01/2025  
LOT 1N016 3



LOT 211490  
EXP 03/2024  
PPV 30.00DH

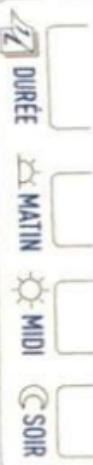
Microgranules gastrorésistants en gélules

7 x

**ODES**<sup>®</sup>  
oméprazole



**20**  
mg  
Voie orale



  
**COOPER**  
PHARMA

**Indications :**

*Grippe, rhume, fièvre, coryza, courbatures, refroidissements.*

*Lire notice intérieure.*

**Posologie :**

*Selon prescription du médecin.*

*En général, 1 à 3 sachets maximum par jour.*

**Mode d'emploi :**

*Diluer le contenu du sachet dans un verre d'eau,  
bien mélanger et boire immédiatement.*

**Rhumix®**  
Boîte de 10 sachets

**P.P.V. : 22,00 DH**



6 118000 191032

POLY MEDIC

24  
COMPRIMÉS ENROBÉS

VOIE ORALE

BIOMYLASE®

ALPHA-AMYLASE

3000 U.C.E.P

55,00

PENDANT		REPAS
		DURÉE
		SOIR
		MIDI
		MATIN