

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 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.

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-815049

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13A13 Société : RAIT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL RHAYAB Rachid 188474

Date de naissance : 24/02/1990

Adresse : Cité de l'air, Rue Agadir 9A

Tél. : 066175888 Total des frais engagés : 732,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/2023

Nom et prénom du malade : EL RHAYAB GHITA

Age :

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'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) :

Le : 11 / 12 / 2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/23	431,90 M

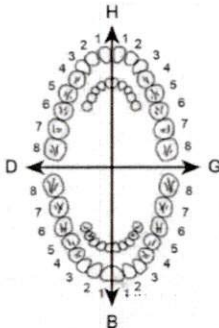
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

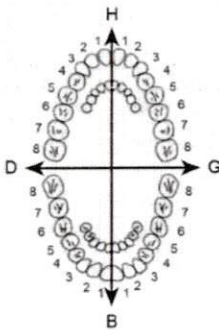
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## 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	INP : <input type="text"/>		
				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	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412 21433552                      00000000 00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>                      00000000 00000000                      35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			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



Date : 11/12/23.....



## ORDONNANCE

Ghita EL RHAYAR

20,9 Vitamine D<sub>3</sub> BON  
4M HEXAXIM

(S.V)

(S.V)

43,9 gomme

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
HEXAXIM 0.5ML 1F 2  
AIG SP  
P.P.V: 411,00 DH

6 113001 082063





BATCH MAN 0323

HP433 EXP 0227

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تعليمات الاستخدام والجرعات الموصى بها

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

يصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /  
صاحب مقر التسجيل

**BOUCHARA-RECORDATI**

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE

Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturier

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard

26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

فيتامين D3 ب و ن  
200 000 وحدة دولية/1 مل  
في أمبولة معدة 1 مل  
عذيق  
كريكالسيفرول (فيتامين D3) 200 000 وحدة دولية  
Cholecalciferol (vitamin D3) 200 000 IU  
Medium chain triglycerides qs 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.®  
200 000 IU/1 ml  
in 1 ml ampoule

Composition :  
Cholecalciferol (vitamin D3) 200 000 IU  
Medium chain triglycerides qs 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.®  
200 000 IU/1 ml  
en ampoule de 1 ml

Composition :  
Cholecalciferol (vitamin D3) 200 000 IU  
Triglycérides à chaîne moyenne d.s. 1 ml

**Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml**  
**كوليكالسيفرول / CHOLECALCIFEROL**

Solution injectable IM et buvable / Oral and IM injectable solution / 1 محلول الحقن العضلي والشراب

Lire attentivement la notice,  
avant utilisation.  
Voie orale ou injection I.M.  
Tenir hors de la vue et  
de la portée des enfants.  
A conserver à une température  
inférieure à 25°C  
et à l'abri de la lumière.

Read the leaflet carefully  
before use.  
Oral use or I.M. injection.  
Keep out of the sight and  
reach of children.  
Store below 25°C and away from light.

يجب قراءة النشرة بعناية قبل الاستخدام.  
عن طريق الفم أو الحقن في العضل.  
احتفظ بعيداً عن مجال رؤية  
الأطفال وعن متناول أيديهم.  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C  
بعيداً عن الضوء.

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml  
فيتامين D3 ب و ن 200 000 وحدة دولية/1 مل