

# 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

M23-0028492

190665

Maladie     Dentaire     Optique     Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 4681 Société : RAM  
 Actif     Pensionné(e)     Autre : .....  
 Nom & Prénom : NOUHIB NOHAMMED  
 Date de naissance : 30-06-52  
 Adresse : HAY KHODAMA N°45 passage 8  
OULFA CASA  
 Tél. 0663621569 Total des frais engagés : 2157,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
**Dr AL IDRISSE NAJIB**  
 Professeur Agrégé / Chef de service  
 Traumatologie-Orthopédie  
 071153902  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : .....  
 Nom et prénom du malade : NOUHIB NOHAMMED Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant  
 Nature de la maladie : Fracture col fémoral gauche  
 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 : CASA    Le : 27/12/23  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-028492**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4681  
 Nom de l'adhérent(e) : NOUHIB NOHAMMED  
 Total des frais engagés : 2157,20  
 Date de dépôt : .....

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
02/12/2023	G			

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue de Liassasta CASABLANCA	02.12.2023	2157,20

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

**VOLET ADHERENT**

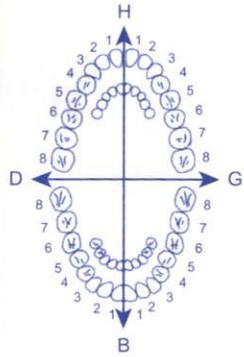
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

**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"/>

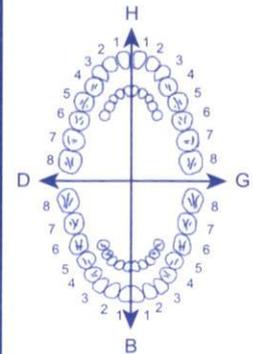
**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
00000000	35533411	00000000	11433553
B			

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

الجامعي  
بي الشيخ خليفة

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebââ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6  
P.P.V. : 349DH00



وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le : 02/02/2023.

349.00 x 5  
1) Lovenox 0,4 (S.V)

222.00 + 168.20 pdt 30j (S.V)

2) Augmentin 0,125 g

22.00 sachet x 2/5 pdt de

3) Cedol (S.V)

C. 2157.20 2cp x 2/5 pdt de

Hôpital Universitaire International  
Pr. A. ALIDRISSI NAJIB  
Professeur Agrégé / Chef de service  
Traumatologie-Orthopédie  
071153902

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebââ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6  
P.P.V. : 349DH00



PPV : 168,20 DH  
LOT : 652433  
PER : 05/25

AU



AUGMENTIN 1 g/125 mg  
24 sachets



PPV : 222,00 DH  
LOT : 652433  
PER : 05/25

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebââ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6  
P.P.V. : 349DH00



Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebââ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6  
P.P.V. : 349DH00



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. A. ALIDRISSI NAJIB  
Professeur Agrégé / Chef de service  
Traumatologie-Orthopédie  
071153902