

# 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
- 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.

M23-0015394

193959

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BouRouï's Hassama

Date de naissance : 30/10/48

Adresse : 268, Bd zirouï N° 7 CASA

Tél. : 06 62 7177 79 Total des frais engagés : 658,85 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. LAHLOU Hind**  
Spécialiste en Pneumo-allergologie  
10, Rue Abou Derr, Agdal - Rabat  
(à côté de Paul)

Date de consultation : 16/01/2011 GSM : 06 20 91 46 11 46

Nom et prénom du malade : BouRouï's Hassama Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Bronchite aigüe

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 : 06/02/2012 CASA

Le : 06/10/2012

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Reçu et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/10/2021	S	G		

<b>HONORAIRES</b>	
et détaillé	achet et signé
honoraires	attestant le Pa
Spécialiste en Photo	la côté de l'
40, Rue Alphonse Den	CSM : 06 61 46 11

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMA SQUARE</b> Centre Commercial Real Square, Angle Av Souheïd Deyha Errahmeh & la Rocade Urbaine Souissi - Babat - Tel: 0808 520 353 RC: 122579 - IF: 2016353 - TP: 25901532 ICE: 001711531000040 <b>INPE: 102092004</b>	30/01/2024	₢ 658,85 dhs.₢

INPE: 102092004

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

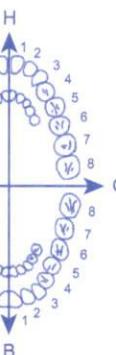
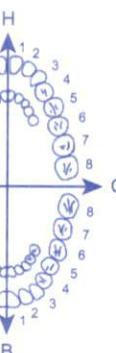
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

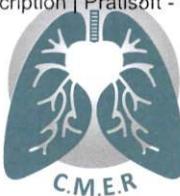
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553 \\  \hline  B &   \end{array}  $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



RABAT, LE ..... الرباط في

30/01/2024

BOUROUIS HASSANIA

**PHARMA SQUARE**  
 Centre Commercial Riad Square, Angle Av  
 :hahed Deyah Errahmane et la Route Urbaine  
 Souissi - Rabat - Tel: 050 8520 353  
 RC: 122579 - TEL: 050 7453 - TP: 25901532  
 I.C.E: 00174531000040

47,25 • sérum physiologique  
 1 pulvérisation matin et soir pendant 1 mois

119,10 • Risonel 50 µg  
 1 pulvérisations le soir dans chaque narine pendant 15 jours

40,00 • Exomuc  
 1 sachet, matin et soir, pendant 7 jours

203,10 • Symbicort turbuhaler 200/6 µg  
 1 inhalation matin et soir pendant 15 jours puis 1 inhalation  
 en cas de crise

155,00 • bio-ritmo  
 1 ampoule par jour pour 2 semaines

• si non amélioration après 5 jours

• Romac 300 mg  
 1 cp par jour pendant 7 jours

• Solupred 20 mg  
 2 cp par jour pendant 5 jours puis arrêt

DR. HIND LAHLOU EP. RAHMOUNE

est spécialiste en pneumologie et allergologie. Diplômée de la faculté de médecine de Rabat et ancienne responsable au service de pneumologie de l'hôpital Avicennes, Dr. Lahlou a codirigé le service d'exploration des maladies respiratoires de l'hôpital Moulay Youssef avant de fonder le C.M.E.R.

Dr. LAHLOU Hind  
 Spécialiste en Pneumo-allergie  
 40, Rue Abou Derr, Agdal - Rabat  
 (à côté de Paul)  
 GSM : 06 61 46 11 46

ذ. هند لحلو - زج - رحمون

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى و الحساسية، خريجة كلية الطب بالرباط  
 مسؤولة سابقة بمصلحة الأمراض المعدية بمستشفى ابن سينا.

ذ. لحلو: مشفرة بمصلحة استكشاف أمراض الجهاز التنفسى بمستشفى  
 مولاي يوسف قبل إنشاء C.M.E.R

INPE: 102092004

ZENITH PHARMA

PPC : 47,75 DH

Sérum

N° du Lot

23H216

Date Per.

07.2026

P.P.V: 119,10 DH

LOT 23012  
PER JUL 25  
PPV 39 DH 90

complément  
alimentaire

PPG: 155,00 dh