

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## adie 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

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.

RAS : 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 0044367

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12079 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FSER Adnane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint 16 SEP 2019  Enfant

Nature de la maladie : ..... / .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL / .....

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-044367

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 soins Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
<b>DROITE</b>					
<b>GAUCHE</b>					
<b>HAUT</b>					
<b>BAS</b>					
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			
<b>DROITE</b>					
<b>GAUCHE</b>					
<b>HAUT</b>					
<b>BAS</b>					
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mme
DECLARATION N°	W18-141058	
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-141058

DATE DE DEPOT

..... / ..... / 201...

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme 12079

Nom & Prénom : *FJER AYMANE*

Fonction : *Phones. 0661140208*

Mail : *afjere.royalairmaroc.s.a*

## MEDECIN

Prénom du patient : *Fjer Aymane*

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age : *28/05/19*

Nature de la maladie : *AFFECTION DIGESTIVE*

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>C3</i>		<i>300,00</i>

## PHARMACIE

Date :

Montant de la facture :

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients :

Montant détaillé des Honoraires :

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre :

AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires :

# Professeur Salwa Nadir

8 032578 476033

الدكتورة سلوى

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U "Explorations Fonctionnelles Digestive

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Lot: 9032

À utiliser de  
préférence avant le: 02/2022

PPC: 79,50 DH



أستاذة جامعية سابقاً

ومستشفى ابن رشد بالـ

أخصائية أمراض الكبد والـ

التخدير بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le ..... 08.05.2019 ..... الدار البيضاء، في

## Enfant FAJER Ayman

### Prendre :

#### 1 - ZENTEL 400 mg cp : Plq/1

1 comprimé en une seule prise puis nouvelle cure 15 jours plus tard  
traitement de toute la famille

#### 2 - DUPHALAC SUSPENSION BUVABLE

2 cuillère à café le soir pendant 10 jours

#### 3 - CANDIDAX

En bains de siège

#### 4 - CENTELYS CREME

1 application 2 fois par jour avec un coton tige pendant 10 jours

37.35x8  
DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
P.P.V : 45DH40  
6 118000 010494

Professeur Salwa NADIR

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

شارع مولاي إدريس الأول، الطابق 4، رقم 10 - تيل. : 05 22 86 27 86 - فاكس : 05 22 86 34 39 - مصحة دار السلام، 728، شارع مودي بوكينا، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 85 14 14

E-mail : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني : الموقع الإلكتروني : www.prnadirsalwa.com/www.prnadirsalwa.ma

# ZENTEL® 400mg

## albendazole

Voie orale

Médicament autorisé n° 34000936848269

Boîte de 1 comprimé



GlaxoSmithKline

ID : 615915

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 37,30 DH

6 118001 141364

## albendazole

Voie orale

Médicament autorisé n° 34000936848269

Boîte de 1 comprimé



GlaxoSmithKline

ID : 615916

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 37,30 DH

6 118001 141364

## albendazole

Voie orale

Médicament autorisé n° 34000936848269

Boîte de 1 comprimé



GlaxoSmithKline

ID : 615916

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 37,30 DH

6 118001 141364

## albendazole

Voie orale

Médicament autorisé n° 34000936848269

Boîte de 1 comprimé



GlaxoSmithKline

ID : 615915

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 37,30 DH

6 118001 141364