

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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)

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° P19-0044367

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12079 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FSEER Asmane

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 ☐ 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
	H		Montant des soins
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis
			Fin de

Visa et cachet du praticien	Visa et cachet du praticien
-----------------------------	-----------------------------

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-141058	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
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...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>	Mle 12079	Signature
Nom & Prénom	ETER ADWANE	
Fonction :	Phones 0661140208	
Mail	afjer@royalairmaroc.ma	

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient	Fjer Aymen
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 08/05/19
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C3		300,00

<b>PHARMACIE</b>	Date
Montant de la facture	

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>	Date
Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV	

# Professeur Salwa Nadir



الدكتورة سلوة

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

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 سابقا

ومستشفى ابن رشد بال

أخصائية أمراض الكبد وال

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 08.05.2019 في الدار البيضاء،

## 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

LOT : 8MA059  
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

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4<sup>ème</sup> étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10، شارع مولاي إدريس الأول، الطابق 4،  
مصحة دار السلام، 728، شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 85 14 14 - Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14

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



# ZENTEL® 400mg

## albendazole

Voie orale

Médicament autorisé n° 3400936848269

Boîte de 1 comprimé



ID : 615915

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 37,30 DH



6 118001 141364

## albendazole

Voie orale

Médicament autorisé n° 3400936848269

Boîte de 1 comprimé



ID : 615916

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 37,30 DH



6 118001 141364

## albendazole

Voie orale

Médicament autorisé n° 3400936848269

Boîte de 1 comprimé



ID : 615916

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 37,30 DH



6 118001 141364

## albendazole

Voie orale

Médicament autorisé n° 3400936848269

Boîte de 1 comprimé



ID : 615915

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 37,30 DH



6 118001 141364