

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

|   |                                       |                                  |                                      |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| Matricule :                               | 10914                                 | Société :                        | RAM                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                      |
| Nom & Prénom :                            |                                       | HAFDI HAKIMA                     |                                      |
| Date de naissance :                       |                                       | 24/02/1976                       |                                      |
| Adresse :                                 |                                       | 151 Bd Jel. Benchechid.          | Rabat Benchechid                     |
| Tél. :                                    |                                       | 06-68-682678                     | Total des frais engagés : 972,40 Dhs |

## Cadre réservé au Médecin

|   |                                   |                                   |           |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| Cachet du médecin :   |                                   |                                   |           |
| Date de consultation :  |                                   |                                   |           |
| Nom et prénom du malade :   | HAFDI HAKIMA                      |                                   |           |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | Age :<br> |
| Nature de la maladie :  |                                   |                                   |           |
| Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE 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   |
|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11<br>10<br>2022 | 6                 |                       | 300,00                          | <br>Dr. A. JAAHURU<br>Traumatologie-Orthopédie<br>87 Bd Malesherbes - Paris 75008<br>GSM: 06 13 32 50 34 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| ARMÉE DE LA MÉDECINE<br>Centre MARAIS<br>3d Mohamed V Berrechid<br>25 22 32 40 68 | 11/10/22 | 682.40                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

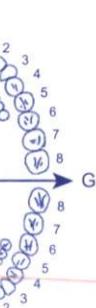
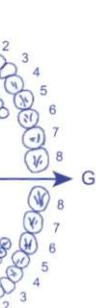
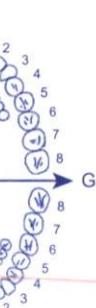
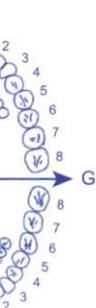
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## 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 |                                  |             |                         |
|    | 25533412<br>00000000<br>35533411          | 21433552<br>00000000<br>11433553 | H G         | Coefficient des travaux |
|  | B   |                                  |             | 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

DOCTEUR A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Médecine de Sport



091087452



الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام  
الطب الرياضي

ICE: 001898108000064  
E-mail: docslialaab@gmail.com

Hafdi Berrechid, Le .....  
~~Hakmee~~ 11/10/22

199.00

Oscal = 1/1 A.S

40.00

Myctoflex = 1x3/ S.V

22.00

Cedol = 1 x 3/ S.V

87.00

Dolica X 120 ml S.V

280.00

Systmetex 1 matin A.S

T = 682.45

~~PHARMACIE BERRECHID~~  
~~PHARMACIE MARRAKCHI~~  
~~BOULEVARD MOULAY ISMAÏL~~  
~~BERRECHID 40 48~~

~~LAABOURRI~~  
~~ORTHOPÉDIQUE~~  
~~TRAUMATO-ORTHOPÉDIQUE~~  
~~DR. ABDELLAH LAABOURRI~~  
~~BERRECHID 32 50 34~~

87، شارع مولاي إسماعيل - برشيد - المحمول: 06 61 32 50 34

87, Avenue Moulay Ismaïl - Berrechid - Gsm: 06 61 32 50 34

Dalip  
Magne

Email : Contact@inquirehealth.com  
Tel : +212 645 346 614  
+212 520 550 555

N° CE : 20212107653/V1/DMP/CA/18

Lot N° :

Fab :

À consommer avant la date EXP

PPC : 199.00 MAD

MOT.101

02/2022

01/2024

29100

PPV : 67DH40  
PEB : 07/25  
LOT : L2577-2

GTIN: 06118001260850

LOT: 393

MFG: 02/2022

EXP.: 02/2025

PPV: 940hs00



2.5 mg CPD), Inosine (Prébiotique) (25 mg), Bifidus.  
470b. Saccharomyces boulardii (0.110<sup>6</sup>CFU). La-  
cidophilus (0.1.10<sup>6</sup>CFU). Lactobacillus reuteri (0.1.10<sup>6</sup>CFU).  
Apports de Référence

LOT: 22122B  
EXP: 05/2024  
PPV: 280.000H

Distribution:  
HEALTH  
INNOVATION  
10 Rue du Commerce  
Casablanca Mar  
+212 522 23 22  
Contact@Health  
innovation.ma  
N'Enregistrez  
minimale de la  
20212012086A

Fabrication:  
**bellaJie**  
Rue E. Drouot, 9b  
5060 Sambreville - Belgique