

# 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0059876

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1626 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKI MINA

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : Rue 5 N° 33 ATTA DANOUN oulfa (cheurou)

Tél. : 060 44 45 124 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. SEDDIKI Asmaâ

89, Rue El Gharb

Laâyoune El Fida

Coza - Tél. : 05 22 83 30 39

Date de consultation : 28 OCT 2022

Nom et prénom du malade : BAKI MINA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : OND

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : Le : 08/08/2022

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
08/08/22	G	1	15087	DR. SEDDIK Asmaa 89, Rue El Ghazal Hay Laayoune El Fida Casa - Tél.: 05 22 83 30 39

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/08/22	3638,30
	08/08/22	44,20

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

BANKIN N 1210

INP: 092030267

STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA  
Lot: Maj fatchi Rue 6 N° 3 Lot: 64  
Casablanca Tél: 0522 93 10 28

Le

08/08/22

Facture

N°

96

Quantité

Désignation

Prix

Montant

01 - Difal

44,20

44,20

DIFAL®

Diclofenac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA  
Lot: Maj fatchi Rue 6 N° 3 Lot: 64  
Casablanca Tél: 0522 93 10 28

STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA  
Lot: Maj fatchi Rue 6 N° 3 Lot: 64  
Casablanca Tél: 0522 93 10 28



54130

54130

54130

الدكتورة أسماء الصديقي

طبيبة خبيرة لدى المحكمة

الطب العام : النساء و الرجال و الأطفال

الحمل و الولادة

طب الشغل

générale : Homme

et Enfants

Accouchement

Santé au Travail

## ORDONNANCE

Casablanca, le 08/08/2022

LOT 211098  
EXP 04 2024  
PPV 107.60

Badi rui

09 107.60  
04 2024  
212173

09 107.60  
04 2024  
212173

09 107.60  
04 2024  
212173

09 107.60  
04 2024  
212173

09 107.60  
04 2024  
212173

09 107.60  
04 2024  
212173

09 107.60  
04 2024  
212173

09 107.60  
04 2024  
212173

09 107.60  
04 2024  
212173

09 107.60  
04 2024  
212173

therapeutique  
aut en l'absen  
therapeutique  
PPV: 393.00 DH  
Distribue par MSD  
AMM N°: 121/14  
pas utiliser  
en l'absen  
therapeutique  
PPV: 393.00 DH  
Distribue par MSD  
AMM N°: 121/14  
393.00 DH  
ribue par MSD  
N°: 121/14

Dr. SEDDIKI Asmaa  
89, Rue El Gharb  
Hay Laâyoune El Fida  
Casablanca - Tél.: 05 22 83 30

54130

22170

LOT: 255 / PPV: 04 / 2022  
PPV: 55.10 DH

PROPOLIS

الفداء - درب السلطان - الدار البيضاء - الهاتف

89, Rue El Gharb - Hay Laâyoune - El Fida - Derb Sultan - Casab

E-mail : asmaland@yahoo.fr