

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUKDOUR Brahim

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : CASA

Tél. : 06 63 47 18 51

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. Abdelkader ELMADI

MEDECINE GÉNÉRALE  
Echographie Générale  
53 Rue 25, Bd. Panoramique  
Bine Lamdoune Casablanca  
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE : 091057711

INPE : 091057711

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 NOV 2022

Nom et prénom du malade : Dr BOUKDOUR Brahim 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 : CASA

Le : 29/11/22

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
29-11-2012	C	C	150,-	  

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Marie LAHRICHI SALIHA</b> 255 Boulevard de l'Assise Casablanca 05 22 30 05 17	29/11/2022	2571,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

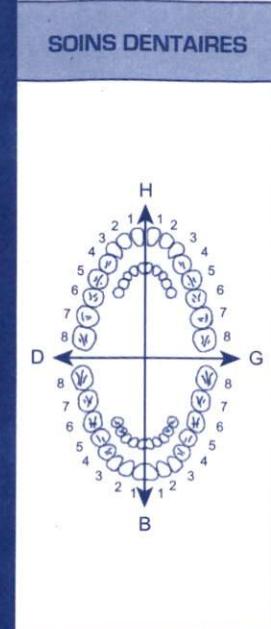
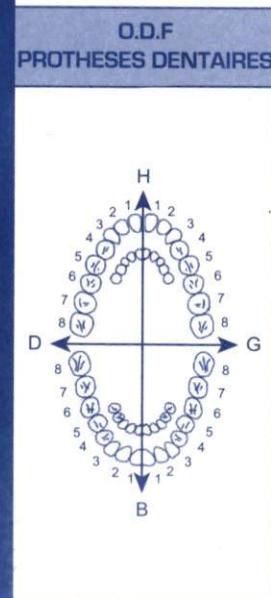
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> 75
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412   21433552 00000000   00000000	D	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	B	35533411   11433553 00000000   00000000	G	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

**Docteur Abdelkader EL MADI**

**MEDECINE GENERALE**

Diplômé en Echographie Générale  
de la Faculté de Médecine de Montpellier

**الدكتور عبد القادر الماضي**  
**الطب العام**  
دبلوم الكشف بالصدى  
خريج كلية الطب بمونبليي - فرنسا

Casablanca le : 29 NOV 2022 الدار البيضاء في

7<sup>th</sup> BOUCDOUR BRUIN

579.00 tous les 3m . S.V.

1801/8.

ENTA enceinte (S.V) 1/100  
471nd3 14x2 (g.)

571.00 une ligne de 3 (3 cm)  
mm.

  
Maison des Cygnes  
Mme. LAHRICHI SAMIA  
253 Boulevard de l'Oasis  
Tél: 05 22 96 85 17 Casablanca

**Docteur Abdelkader ELMADI**  
MEDECINE GÉNÉRALE  
Echographie Générique  
153 Rue 25, Bd. Panoramique  
Bine Lamdoune Casablanca  
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE : 091057711

شارع بانوراميك الزنقة 25 الرقم 153 بين المدن

الهاتف : 05 22 21 11 12 - رقم الرخصة 4994 - رقم التعريف الموحد

Tél : 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 001778217000037 - INPE : 091057711

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
TOUJEO 300 UI, sol Inj  
solo b3 st  
P.P.V : 579,00 DH



6 118001 082223

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
TOUJEO 300 UI, sol Inj  
solo b3 st  
P.P.V : 579,00 DH



6 118001 082223

6 118001 041107  
Jentadueto® 2,5 mg/1000 mg  
(linagliptine/chlorhydrate de metformine)  
56 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A PPV: 471 DH 00 311249-02

6 118001 041107  
Jentadueto® 2,5 mg/1000 mg  
(linagliptine/chlorhydrate de metformine)  
56 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A PPV: 471 DH 00 311249-02

6 118001 041107  
Jentadueto® 2,5 mg/1000 mg  
(linagliptine/chlorhydrate de metformine)  
56 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A PPV: 471 DH 00 311249-02