

## 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.

### Liens utiles

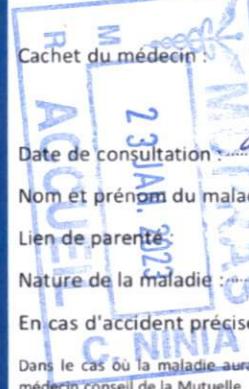
: contact@mupras.com  
 : pec@mupras.com  
 : adhesion@mupras.com

Article 13 de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

N° W21-639074

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>11457</b>	Société : <b>R.A.M</b>	<b>746229</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>El Adnani Azi</b>
Nom & Prénom : <b>El Adnani Azi</b>			
Date de naissance : <b>01/01/1970</b>			
Adresse :			
Tél. <b>0669 791442</b>		Total des frais engagés : <b>366,00</b> Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 <b>Dr. BETTACHE Achraf</b> Médecin Générateur Bd Oued Tassili, Rue 53 N36 Oulata - Casablanca Tél 06 45 55 06 54	
Date de consultation :	<b>28/12/2022</b>
Nom et prénom du malade :	<b>Boukhoutia ASMAA</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<b>Bronchite aigüe</b>
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.	

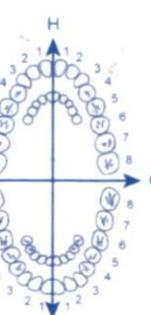
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **01/01/2023**  
 Signature de l'adhérent : **El Adnani Azi**

Le : **01/01/2023**

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
20/01/2022	C1		1500 Dh	INPE:061300711 INP : Dr. BETTACHE Achraf Médecin Générale Bd Oued Tassanut, Rue 57, N36 Casablanca 54

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
20/12 2022	20/12/2022	16,40

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Coefficient</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)																		
				<b>INP :</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>																		
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>																		
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>																		
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>																		
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>																		
<b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>																		
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>																		
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>																		
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E</b>																						

Dr. BETTACHE ACHRAF  
Médecine Générale

Lauréat de la faculté de Médecine  
et de pharmacie de Casablanca



Doliprane®  
PARACETAMOL 1000 mg

Adulte

14,60

ش. أشرف  
لعام

بـ والصيدلـة  
ضـاء

PPV14DH80  
PER 08/25  
LOT L2870

## ORDONNANCE

Casablanca, Le :

28/12/2022

Dr. BE  
Ma  
Bd Oue  
Qui  
Tel



1). S - Cab des mgs

3 cp 1j pdt 05 jours

1800

2). Pulmofluide mgs

1c/s x 3 1j

3). Doliprane 1g Elbessan 1(N)



Dr. BETTACHE  
Médecin  
Bd Oued Oulfa  
Tel

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

V002 - 01/21  
ETEXMAC030CP

10/2021  
10/2024  
0921065

3 760162 579741

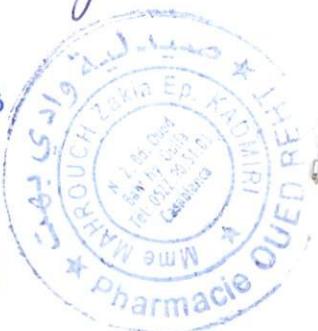
Bd Oued Tassaout, Gr "E" Rue 80 N° 30

Tél.: 06 45 55 06 54

4). Entamaz  
15 g. le matin  
rep 1/2 pds 15 g. le matin



Dr. BETTACHE Achraf  
Médecine Générale  
Bd Oued Tassaduit, Rue 80, N36  
Oulfa - Casablanca  
Tel 06 45 55 06 54



22/03/85 5). Rhum  
malaxé

66,80 6). Flamazine 50 g.  
rep 1/2 pds

= 2 N°, 40

Dr. BETTACHE Achraf  
Médecine Générale  
Bd Oued Tassaduit, Rue 80, N36  
Oulfa - Casablanca  
Tel 06 45 55 06 54

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

18,00

**pulmofluide®**  
simple

FLAMMAZINE® 1%  
Crème



50 g e

PPV: 66,80 DH