

# 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 :

8367

Société :

RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

MOUSSA KHALIL

Date de naissance :

17/07/64

Adresse :

08 Rue Hanan Ben Khalil - CPSR

Tél. :

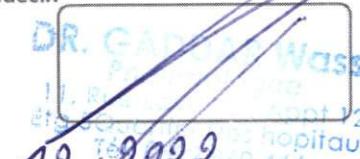
0661 378657

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/12/2022

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

Maladie Respiratoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les éléments 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 :

07 FEV 2023

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
15/12/22	OS		250 D.H	INP : 08/11/88891A

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Alain Chloé 28, Rue de Rome Larabisc Fax: 05 73 85 43 53 Tel: 05 73 05 07 08 Tel: 06 00 05 07 08 00217913000007	15/10/29	635,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP : <input type="text"/>						
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX						
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS						
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION						
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION						
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>						
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G									
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553									
D	B									
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS						
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS						
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

الد  
أختنا

PPC : 137 DH 00

10721255/EC03  
107212024/EC03  
09/2024/EC03  
09/2024/EC03

سيبار الدسانسيه  
الأمراض المهنئية

asablanca le : 15/12/22

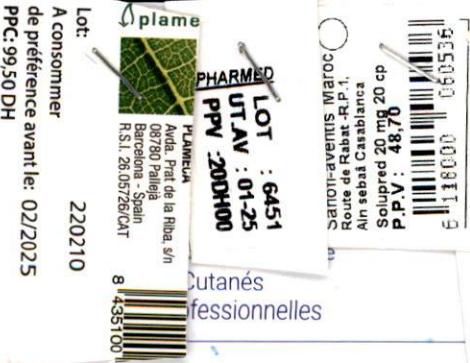
LOT  
M

5541030  
06/2021



Cipila Maroc  
BP-4491-11850  
Oum Azeza, Ain Aouda

PPC: 130 DH 00  
8 901117 261310



MOURID Nisrine

- 1- 99.50 Fitopolii adulti  
1 cas x 3/j rat 7j
- 20.00 2- Febrex  
1 sachet x 3/j rat 5j
- 48.70 3- Salix et 2g  
2cp/j rat 5j apr au petit dje.
- 445.30 4- Butavent  
23x4/j rat 7j au la chamb.
- 79.70 5- Azix 500  
1cp/j rat 3j apr
- 74.80 6- Vitamine q7  
2q7 15 = au petit dje.

رقم 11، زقة أبو الحسن العنكبي (الفاواري سابقا) الطابق 5 (مصعد متوف) الشقة 12 في المستشفيات - الدار البيضاء.

11, Rue Abou Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5<sup>ème</sup> Etage (avec ascenseur), appart. 12, quartier des hôpitaux - Casablanca.

Urgence 06 77 20 20 24 05 22 860 444 drgaddar@gmail.com

ICE: 002023220000065

~~DR. GADDA Pneumatique~~  
11, RUE LAVIEILLE AIX  
Quartier Des Brotins  
Tél: 04 42 860 644

7- Béautelet  
137.00 1/1/10  
8- Zératut 1/1/10  
13000 ch base 10/10/2008

637,00

~~PERFORMANCE LINE~~  
RC 1316383 ICE 0017913000087