

# 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 : 6549

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ATAKA

KARIMA

Date de naissance : 23/10/1963

Adresse : 201 Route el Jadida

Tél. : 0661436478

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 AVR 2023

Nom et prénom du malade : ATAKA KARIMA

Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Palpitations

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.

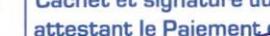
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 03/05/2023

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
14 AVR 2017		1.	250	 Dr. Hassane SBITOUI 15 Meknès Bourgogne Casa شارع محمد الخامس العنوان: 180 الهاتف: 0521-80

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Harmel H. KHMIR Pharmacien en chef Route d'El Jadida 15ABLANCA 997 Fax: 022 98 24 70	14/04/2023	681,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Docteur Hassane SBOUI**

الدكتور الحسن السبيسي

Ancien Médecin au 1<sup>er</sup> Bataillon Médical Militaire

Ancien Médecin Major de la marine royale

Médecine générale

Chirurgie dermatologique

Echographiste et doppler couleur abdominale et gynéco-obstétricale

Traitemet de la douleur

Centre de vaccination pour enfants et adultes

Traitement des maladies névrotiques psychiatrique

Psychothérapie de soutien

Diabète et maladies gériatriques

Agdeas Larine

Casablanca le

14 AVR. 2023

2x82,10

Medium 20 ~ N2 50%

14/10 جم

2x168,20 Augment 18 N2 (16 sachets)

26,80 Spectrum 20

65,10 18-0-1 50%

ultralene 40

40,90 18-0-1 60%

Lincofin 40

14/10

P 681,40

**الدكتور الحسن السبيسي**  
**Docteur Hassane SBOUI**  
 88, Bd Med El Meknassi Bourgogne Casablanca  
 مصحة العافية بربوة  
 Tel : 05 22 26 91 80

**pharmacie MINOSAS**  
**Hind CHAMIRI**  
 Doctorat en Pharmacie  
 400, Route de l'ANC  
 02 58 58 97 - Fax 02 22 03 21 78

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubir bnoi al aquam roches  
noures casablanca  
**INEXIUM**

20 mg Cpr GR  
Boite 14  
64015DMP/21NRO P.P.V:82,10 DH  
6 118001 020591

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubir bnoi al aquam roches  
noures casablanca  
**INEXIUM**

20 mg Cpr GR  
Boite 14  
64015DMP/21NRO P.P.V:82,10 DH  
6 118001 020591

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
16 sachets



6 118000 160182

PPU: 168,20 DH  
LOT: 650910  
PER: 11/24

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
16 sachets



PPU: 168,20 DH  
LOT: 650910  
PER: 11/24

**Spectrum® 500 mg**  
Ciprofloxacine 10 Comprimés



6 118000 081456

74180

ULTRA-LEVURE 250 mg,  
20 gélules



1011 04 2022 04 2025  
BIOCODEX MAROC  
PPV 65,10 DH

**ZINASKIN® 45 mg**

PPV 40DH90 EXP 12/2024  
LOT 18066 86

20 ZINASKIN® 45 mg  
20 comprimés effervescents



6 118000 032090