

# 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..



**Déclaration de Maladie**  
M23-001067

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **10575** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Bouyri N LAIDI**

Date de naissance : **17/02/1967**

Adresse : **LOT EL WAFAT n°33 DÉROUAT**

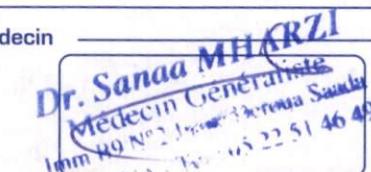
Tél. : **06 6274 6069**

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **03 Mai 2023**

Nom et prénom du malade : **Bouyri N SALIMA ZAHRA** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Besoins entretien**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 :

**Deau**

Le : **03 Mai 2023**

Signature de l'adhérent(e) :

### 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.

## 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 Remboursement des Actes
03 Mai 2023	1		+ 150,00 A	Dr. Sanad M'Hamed Médecin Généraliste Imm H9 N° 1000 - Densia WIRGINIA - Tel: 05 22 51 46 49

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية نور اليمان PHARMACIE NOUR L'YMANE El Echbaoui Imane Manzeh &amp; N°44 Deroua Tél : 05 20 35 07 57</p>	03/09/2023	106,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with upper teeth. Each tooth is assigned a number from 1 to 8, arranged in two rows of four. The numbers are: 5, 6, 7, 8 in the top row; and 8, 7, 6, 5 in the bottom row. Below each number is a small symbol representing the type of tooth: 5 is a molar, 6 is a first premolar, 7 is a second premolar, 8 is a canine, and the symbols for 1 through 4 are not clearly legible.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*Dr. Sanaa MHARZI*



الدكتورة سناء ام حرمي

## Médecine Générale

Diplômée de la Faculté  
de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

Diplôme Universitaire en Diabétologie

## Diplôme Universitaire de Nutrition et Thérapeutiques Métaboliques

## Suivi de Grossesse

## ECHOGRAPHIE

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في أمراض السكري

دبلوم حامى فى التغذية و أمراض الأرض

متابعة العمل

الفحص بالصدى

Date : 03 MAI 2023

M<sup>ULLY</sup> BOUGRIN *fistule zolite*

11.30

## 10 Yagadine Riff

341 40

2) Trifolfe

60,00

## Integument

106,00

10

$\times 3 \frac{1}{4} \text{ (1/4 h each)}$

6

$$x \cdot 2f \cdot q \cdot R_f$$

estimated

75

x 2 15

العنوان: ٢٩ الشقة رقم ٢ حنان الدرة دار السعادة الدرة.

Imm B 9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada Deroua.

Tél. : 05 22 51 46 49 - Mail : Dr.mharzisanaa@gmail.com

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.T.  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
ENTEROGERMINA 2 milliards du 5ml.  
Susp oral b10 fl 5ml  
**P.P.V : 60 DH00**



6 118001 081653

**LOT: 221141**  
**PER: 07-2025**  
**PPV: 11,30DH**

**TRISULFA®**

Boîte de 20 comprimés  
**P.P.V : 34,70 DH**



6 118000 190905