

# 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.

M22- 0011150

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	3560	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RETIREE
Nom & Prénom :		OUBIBI MOHAMED	
Date de naissance :		01/01/1949	
Adresse :		38 LOT SABA APT 2, ET 2 OULFI BISSA	
Tél. :		066372745 Total des frais engagés : 355,10 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/05/2023

Nom et prénom du malade : OUBIBI Mohamed Age: 74

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Osteoporose + rhum.

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 : 04/05/2023 Le : 04/05/2023

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
17/05/2023	Consultation	1	200,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE AN-NIA</b> otissement Assila - Imm 18, 4A - Oufata Casablanca - Tel: 0522 93 46 77	27/5/2023	453,15

## ANALYSES - RADIographies

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

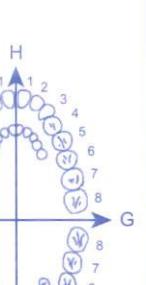
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

### Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	<p><b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>
H	G													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	B													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Asmaâ FAIK ESSAOUDI**

**Omnipraticienne**

Diplômée en échographie  
Diplômée en Gynécologie  
Suivi de grossesse et Infertilité  
de l'université de Bordeaux



**الدكتورة أسماء فائق السعودية**

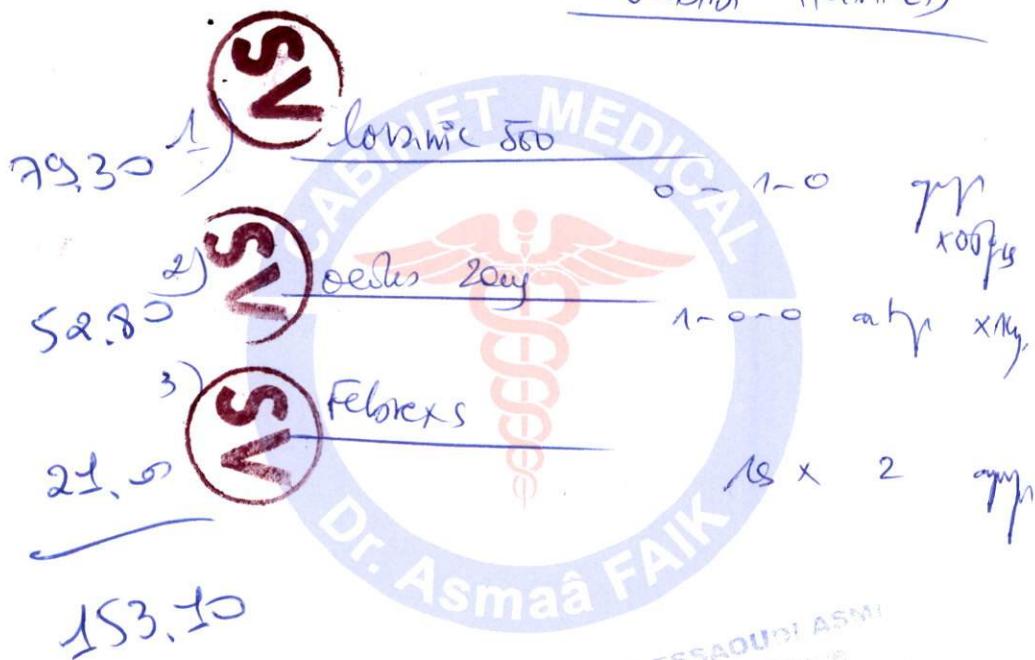
طبيبة (رجال . نساء . أطفال)  
شهادة جامعية في الفحص بالصدى  
شهادة طب النساء متتابعة الحمل  
صعوبات الإنجاب و العقم  
من جامعة بوردو فرنسا

## **Ordonnance**

Casablanca, le

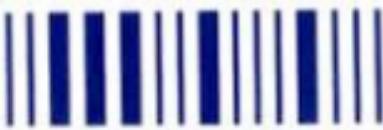
17/05/2023

MBIBI MOHAMED



**صيدلية آن-نيا**  
PHARMACIE AN-NIA  
otissement - Casablanca - Imm. 1B, 4A - Oulfa  
Casablanca - Tel: 0522 93 46 21

إقامة اليسر 1B، عمارة 07 شقة رقم 1 الطابق السفلي، فرح السلام، الألفة-البيضاء-الهاتف : 05 22 89 41 42  
Lot. AL YOUSR, GH 1B, Imm. 07 Appt. 1RDC, Farah Slam - Casablanca - Tél.: 05 22 89 41 42



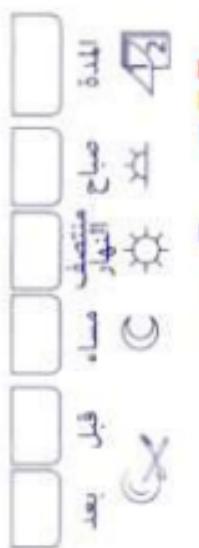
79130

# لِوْقَانْ سَادٌ

مبلغ 500

٥ | ملخص المنهج في علم الْجُنُوْنَار

عن طريق



## LOVANIC 500 mg

5 comprimés pelliculés sécables



6 "118000"022404



LOT 191187  
EXP 04/2022  
PPV 52.80DH



  
**COOPER**  
PHARMA

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x

**ODES**<sup>®</sup>  
oméprazole



20 mg  
Voie orale

# FELEX®

## Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



**8** Sachets de Granulés



**Pharmed**

Laboratoires Pharmaceutiques



**Voie Orale**

LOT : 5321  
UT.AV: 12-25  
PPV: 21DH00