

# 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 : **9933**

Société : **RETRAITÉ RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**SABER**

**SOUMLA**

Date de naissance :

**10/10/62**

Adresse :

**AGMEEL YASSINE RESIDENCE 6 MITLAWE APPARTEMENT RAMA CASA**

Tél. :

**0666089893** Total des frais engagés : **2655,100DH**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



**INPE 081122513**

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **SABER Soumia**

Age : **61**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**problème cardiaque**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **21 JUIN 2019**

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : **RAMA**

Le : **21/06/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **SOUMLA**



### 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
20/05/2013			6	ACHOUHADAA INP: 291177519 Tel: 06 61 55 25 72 AGOU Aniss Traumatologie INP: 291177519 Tel: 06 61 55 25 72
07/06/2013			5	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ACHOUHADAA 2/IV/13 Sect. 2 Hôp. Salam Achouhadaa - Sect. 2 Hôp. Salam Salé - Tel: 06 37 81 15 22 INPE: 102004822391123 1316/23	2/IV/13	674.60
		1883.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### 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 canalaire, 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
				Coefficient des travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D 00000000 B 00000000	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



2300690524 / H0123015813

Prénom : SOUMIA

Nom : SABER

DDN : 10/09/1962 E: 25/05/2023

Service : HOSPI 5 (C246)

PAYANT

Sexe: F

LOT 200858 1  
EXP 02/25  
PPV 347,00 DH

LOT 200858 1  
EXP 02/25  
PPV 347,00 DH

Casablanca, le :

27/5/23

## Ordonnance

LOT 200858 1 EXP 02/25 PPV 347,00 DH	LOT 200858 1 EXP 02/25 PPV 347,00 DH
LOT 200858 1 EXP 02/25 PPV 347,00 DH	LOT 200858 1 EXP 02/25 PPV 347,00 DH

PPU: 126,30 DH  
LOT: 651320  
PER: 11/24

PPV: 22DH20  
PER: 03/25  
LOT: M971

LOT 211481  
EXP 04/2024  
PPV 52.80DH

52885  
69460  
69469

186,30 + Arg + 3  
is + 315  
18 + 10 = 28

186,30  
is + 315  
18 + 10 = 28

92,20

28

5x500mg  
Pharmacie HOUHADAA  
25 Av. Achouradaa, Sect. Hay Salam  
Sale - Tel/Fax: 05.37.81.15.18  
N°P.E : 102001401

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

*20/04/2024*

LOT : ZZEE006	STILNOX 10MG	0
PER : 30/08/2026	CP PEL SEC B20	
P.P.V : 56DH60		
 6 118000 061465		

PPU: 126,30 DH  
LOT: 651320  
PER: 11/24

PPV: 22DH20  
PER: 04/25  
LOT: M1253

PPV: 22DH20  
PER: 04/25  
LOT: M1253

425 AV. Achour Nadaa - Sect. 2 Hay Salai  
Pharmacie ACHOURADDA  
Téléphone : 05.37.85.16.18  
Tél/Fax : 05.37.85.16.18  
Sala - Tél/Fax : 05.37.85.16.18

RACHAGOU Anis  
O-thiopside Traumatologie  
Tél : 06.01.55.25.72  
TAP : 09.11.77.519