

# 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**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10503

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AGOUTI DRISS

Date de naissance : 26/02/1963

Adresse : Habri (melle)

Tél. 06 73 83 87 61

Total des frais engagés : 581,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 Juil 2023

Nom et prénom du malade : Elouaïd SAIR, Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : cochonnerie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : \_\_\_\_\_

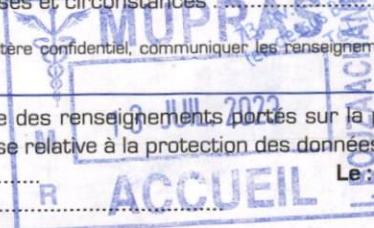
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	Montant détaillé des Honoraires	Nombre et Coefficient	des
Dr R. L. SAIR 73, Av. Colonel Audouin Garde à l'Etat Major (en dessus BMCE) Tél. 05 22 72 20 00	1502h	c	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BEINNIMAR	12/7/23	43100

### 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr . Rachid SAIR  
MEDECIN**

- Diplôme universitaire de Diabetologie
- université Montpellier France
- Diplôme en soins avancés en cardiologie
- université de montréal-Canada
- Licencié du Conseil Médical du Canada (LCMC)
- Echographie -ECG



**الدكتور رشيد ساير  
طبيب**

- دبلوم جامعي في أمراض السكري
- جامعة مونبولي - فرنسا
- دبلوم رعاية صحية متقدمة لأمراض القلب
- جامعة مونتريال - كندا
- إرتفاع الضغط الدموي - أمراض القلب والشرايين
- طبيب مجاز من طرف المجلس الطبي الكندي
- الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

casablanca le : 12 Juil 2023 الدار البيضاء في :

الدواء والنتائج

$$\begin{array}{r}
 1227 \rightarrow \text{Dose} \quad 70 \\
 \text{---} \\
 928 \rightarrow \text{Dose} \quad 70 \\
 \text{---} \\
 450 \rightarrow \text{Dose} \quad 70 \\
 \text{---} \\
 1400 \rightarrow \text{Dose} \quad 70 \\
 \text{---} \\
 3650 \rightarrow \text{Dose} \quad 70 \\
 \hline
 T = 43100
 \end{array}$$

**Dr Rachid SAIR  
MEDECIN**  
73, Av. Colonel Akid Allam 1er étage  
(en dessus BMCE) Bournazel - Casablanca  
Tél : 05 22 72 42 42

→ 122,70

**Composition:**

Extrait de l'huile de sésame ( $\beta$ -Sitostérol).

Excipient .....

Excipient à effet notoire: Huile de sésame

Conserver à une température ne dépassant pas

Ne pas Laisser à portée et à La vue des enfant

Pour les indications, les contre-indications, Le

PPV: 140,00 Dhs

B. No.: 1133  
MFG.: 07 2022  
EXP.: 06 2027

PER 11/25  
PPV 92DH50

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél   
LOT: 22E013  
PER: 10/2027  
P.P.V: 30DH50  
  
6 118000 010845

LOT: 22E006  
PER: 06 2026

NO - SPA FORTE 80MG  
CP 820  
P.P.V : 45DH00  
  
6 118000 061816

92,80