

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : 0M173

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MOUFLIH KHALOUI

A71869

Date de naissance :

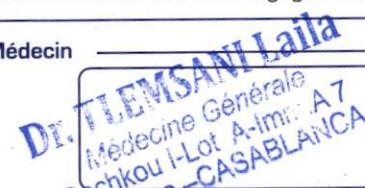
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 150 + 129,61 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02 ANNEE 2023

Nom et prénom du malade : Mme EL MOUFLIH KHALOUI, Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rheumatismus

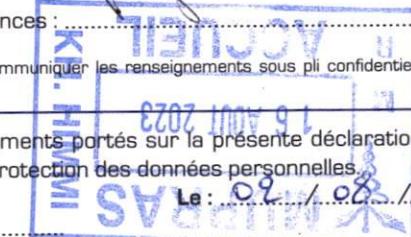
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



H

#### **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
02 AOUT 2023	C		1000H	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
كثير شفاعة الله Pharmacie BNOU KATIK M'hamed GERMANE Docteur en Pharmacie Dr	02/08/23	1296,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

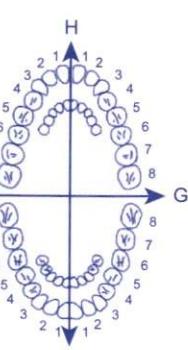
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. TLEMSANI Laïla**

MÉDECINE GÉNÉRALE - ECHOGRAPHIE

Médecin Agréé par le Ministère de la Santé

- PERMIS DE CONDUIRE -

Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier

**الدكتورة التلمساني ليلا**

الطب العام - الفحص بالصدى

دكتورة معتمدة من طرف وزارة الصحة

- رخصة السيافحة -

خريجة كلية الطب بمونبولي

Casablanca, le :

02/08/2023

ش. دكتورة التلمساني ليلا  
صيدلانية  
م. ن. ك. ز. م.  
Dr. Laïla TLEMSANI  
Pharmacie IBNOUKAÏT  
M. N. K. Z. M.  
Docteur en Pharmacie  
TIR

79,70

(S.1)

El Daoulli Khadaj

Zithromax 500

UT.AV.: 07 2024 79,70 P.P.V.

65,10

(B.1)

1 CP (1)

LOT N°: GJ 8591 79 70

ultralenv

1 sachet

à 21,7

63,20

(S.1)

Zyntec

1 CP le suivi

30,00 X 4 = 120,00

63,20

LVI 210918  
EXP 12/2023  
PPV 30.00DH

oedex

1 CP (1)

193,60 X 5 = 968,00

F o Savau cl

1 CP

Savau

Dr. TLEMSANI Laïla  
Médecine Générale  
Bachkou 1-Lot A-Imm. A7  
1er Etage -CASABLANCA

ICE :

0016293588003535 - CASABLANCA

طريق تدارت، باشكو، عمارة 7 الطابق الأول (مقابل مسجد الهدایة) - الدار البيضاء

Route Taddert, Bachkou, Lot A7 1<sup>er</sup> étg (en face de la Mosquée Hidaya) - Casablanca

Tél : 05 22 83 08 92 - Gsm : 06 62 83 08 93 - E-mail : laila.tlemcani@gmail.com

6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

7001 ANM DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

7005 ANM DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

7001 ANM DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

70 ANM P.P.V: 193,60 DH