

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 : 10597

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAOURI ABDELMEJID

Date de naissance : 04-05-1953

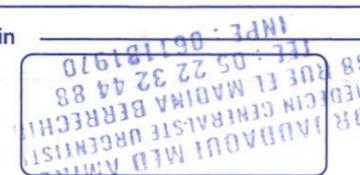
Adresse : 48, RUE LA GARE LOT LAATIR, BERRERECHID

Tél. 06 785 19383

Total des frais engagés : 402,5 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/09/2023

Nom et prénom du malade : ABDELMESJID NAOURI Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :



#### **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
01/09/23	C	CA	120,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Docteur Kadih L2000 12, rue El Khayat</i>	01.09.23	282 ₣ 0

## **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.

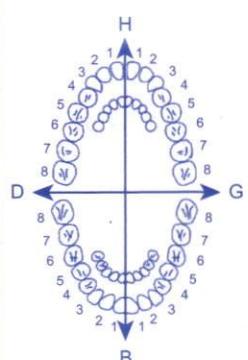
### Important:

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. JADDAOU' Med Amine**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca  
Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd  
Ex Médecin Généraliste dans le Groupe OCP



الدكتور جداوي محمد أmine

خريج كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بالمركز الإستشفائي ابن رشد  
طبيب عام سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

Berrechid, le

01/09/23

برشيد، في

ABDELNESSID NAOURI

729 0  
1)

Kalmag 50 mg

(NS)

1-1-1 dut 01 mois

72600  
2)

Cilentra 10mg

(NS)

1-0-0 dut 02 mois

273  
3)

Spasfon 50 mg

(NS)

✓ 282. 22

1-1-

Pharmacie 2000  
Docteur Kadir L. Zinab  
Tél. : 05 22 32 44 88 / Gsm: 06 75 37 93 62

Pharmacie 2000  
Docteur Kadir L. Zinab  
Tél. : 05 22 32 44 88 / Gsm: 06 75 37 93 62

88, Rue Elmadina - Berrechid 88

Tél.: 05 22 32 44 88 / Gsm: 06 75 37 93 62

**KALMAGAS®**

Lot: 230269  
A consommer de  
préférence avant le: 03/2028  
PPC: 129,00 DH

**CILENTRA®**  
Escitalopram

84,50



GTIN: 16118001300300  
Lot No: PTD4910D  
EXP.: 09/2024  
S.N.: SIHF3G2E3B278L

