

# 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.

M23-0019243

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1367 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : J. B. Ali Abdellah 178425

Date de naissance : 24.12.1952

Adresse : M. n°: adresse

Télé : 661 86862 Total des frais engagés : 1130,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

04 OCT. 2023

Date de consultation : 04.10.2023

Nom et prénom du malade : Ali Abdellah Age : 1352

Lien de parenté :  Lui-même  Enfant

Nature de la maladie : HTA, DTR, Osteoporose, Cystite, Hypertension, Diabète, HTA, DTR, Osteoporose, Cystite, Hypertension, Diabète

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : HTA, DTR, Osteoporose, Cystite, Hypertension, Diabète

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
04 OCT 2023	CS	120	1011,80	INPE:061240933

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR SAADE BENJELLOUNI LA PHARMACIE KEGUIMA NPE : 06 20 74 810	04-10-2023	1011,80

### 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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS		
DEBUT D'EXECUTION						
FIN D'EXECUTION						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	25533412	21433552			
	00000000	00000000				
	35533411	11433553				
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION	

**Dr. Smail Malki**

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca.



الدكتور سmail الملكي  
طبيب عام  
خريج كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

## ORDONNANCE

04 OCT. 2023

DEROUA, le :

Dr. Smail MALKI

89,20 x 1  
136,60 x 1

AMCOR-Smg  
418 x 3mij  
+ 93  
14282

129,00 x 3 (2)

TREZEN 20  
1/6 x 3mij

78,70 (2)

Disulfoton C  
gt

98,80 x 2 m

metformin  
1x3 (x2)

741,80

A'S Spectrum 500  
dx2 500

INPE : 06 2074810 DEFAX G

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUN  
Imm. 94, Lot N°102 DEROUA  
Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUN  
Lot N°102 DEROUA  
Tél: 06 07 58 58 57

Consultation à Domicile - Lot Chabab 1, N°102 - Deroua

Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

UT.AV :

P.P.V.

LOT N°:

S.P. 16

136,60

09366130/3

UT.AV :

P.P.V.

LOT N°:

89/220

LOT 230383  
EXP 03/2026  
PPV 74.80 DH

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 12/2025  
LOT 2D023 12

PPV: 129DH00  
PER: 06/25  
LOT: M2229

PPV: 129DH00  
PER: 06/25  
LOT: M2229

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 12/2025  
LOT 2D023 12

PPV: 129DH00  
PER: 06/25  
LOT: M2229

PPV: 47,90 DH