

# 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.

M23-005119

182298

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	7343	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		JAMEER MOHAMED	
Date de naissance :		21/02/1967	
Adresse :		HAY SNARA 1 Rue 15 N°21 Agda	
Tél. :		0668194349	Total des frais engagés : 1203,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

D.I.K. TABTANY SEFRIOLI  
PNEUMOPHTISIOLOGUE  
209 Bd 10 Mars Cité Mabrouka  
Casa - Tél : 05 22 59 40 19

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	4/11/23	Age :	
Nom et prénom du malade :	DANTON HASSAN		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Le même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Maladie de l'œil et de l'oreille		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : 05/11/23 Le : 05/11/23

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
11/23	G		200 H	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE LUJJA LAHRICH SARL AU Al Qods, Hara, Al Chor 22- INPE - 092040421 522 52 40 29	7/10/23	953,45

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		A M	P C	I M	I V	

## 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	G
00000000	00000000
35533411	11433553

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

A diagram showing a circular arrangement of numbered circles (1 through 8) on a coordinate system. The horizontal axis is labeled D on the left and G on the right. The vertical axis is labeled H at the top and B at the bottom. The circles are arranged in a circle with numbers 1 through 8. Circle 1 is at the top (H). Circle 2 is at the bottom (B). Circle 3 is at the top-left (D). Circle 4 is at the top-right (G). Circle 5 is at the middle-left (B). Circle 6 is at the middle-right (H). Circle 7 is at the middle-left (D). Circle 8 is at the middle-right (G).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Khadija HABTANY SEFROUI**  
**PNEUMO PHTYSIOLOGUE**

Spécialiste des maladies des poumons  
 Asthme Tuberculose  
 Allergie Respiratoires  
 Enfants et Adultes

209, Boulevard 10 Mars  
 Tél. : 05 22 59 40 15  
 Casablanca  
 (Sur Rendez-vous)

عيادة أمراض الجهاز التنفسي  
 الدكتورة خديجة هيطاني الصفريري  
 اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي  
 الضيقه - السل  
 أمراض الرئة والحساسية  
 للأكبار والمصغار

209 شارع 10 مارس  
 الهاتف : 05 22 59 40 19  
 الدار البيضاء  
 (بالموعد)

Casablanca, le :

4/11/23

PHARMACEUTICUM FARMACEUTICUM  
 LAHRICH S.A.R.L AU  
 550, Bd. Al Gedr, Hara, Ain Chok  
 Casablanca - INPE : 092040427  
 Tél. : 05 22 59 40 29

DANER Hassan

234.60 1- Doreus (S.V) (R130) = N3  
 x 4/11/23  
 130.00 2- Levamisole (R12.)  
 (S.V) 2x 65  
 x 4/11/23  
 34.70 Sunta (N.) (S.V) 245  
 245 245 4/11/10  
 4/11/10

SERFLUX 25µg/250µg  
PPV 169,60 DH

78,20

SERFLUX 25µg/250µg  
PPV 169,60 DH

SERFLUX 25µg/250µg  
PPV 169,60 DH  
3d. Al Qods, Inara, Ain Chok  
Casablanca - INPE: 092040421  
Tel.: 05 22 52 40 29

PPV 7BDH20  
PER 12/24  
02/96 PER  
5/96 2017  
9002M 2018  
LOT 14180

PPV 65DH00

LOT 22022 1  
EXP 06/2024

78,20

45,30 h - Ventilator S/Sp  
2 bouffées de drogue **S.V**

508,83

our inhalation  
nic  
malau

3 x 169,60

SERFlux 25µg (N3)

2 bouffées - 2 } **S.V**

rincer le soufflet

953,40

N3

PHARMACIE LUMIERES  
LAHRICHI SARL AU  
550, Bd. Al Qods, Inara, Ain Chok  
Casablanca - INPE: 092040421  
Tel.: 05 22 52 40 29

Dr. K. HABTANY SEFRIoui  
PNEUMO-P' TISIOLOGUE  
209, Bd 10 ME - Cité Malika  
Casa - Tel : 05 22 59 40 19