

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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)

PR4FR05/V2-2010-2023

Matricule : 0629 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

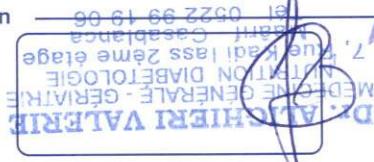
Nom & Prénom : HACHÉM OMAR

Date de naissance : 07/03/1943

Adresse : 58BIS AV. HAFIDH BEN YOUSSEF CASABLANCA

Tél. : 0667211267 Total des frais engagés : 497,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 09/01/2024

Nom et prénom du malade : Age: 70 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

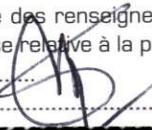
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : 

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 : CARA Le : 01/01/24

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
01/01/2024	6		250000	250000

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARIBIACIE LES CAPUCINES Mme BENCHEKROUN Nawal B. Bd. Mousa Al Khadra Casab.	02/01/23	247.80

### 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
		A	M	P	C	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PPV : 55,00 DH  
LOT : 652124  
PER : 03/25

UT.AV :

08 26

P.P.V. :

98 90

LOT N°:

HL 0826

P10002695



Consultation sur rendez-vous  
Visites à domicile

Casablanca, le ..... 02.01.2024

يضاء في

الاستشارات بالموعد

PPV: 14DH00  
PER: 10/26  
LOT: M3395

**Mr HACHEM Omar**

55,00

1 AMOXIL CP DISP 1 G ( BTE/12)



1 comprimé le matin et le soir, pendant 6 jours.

79,90

2 FITORAX SIROP AD. (FL 200 ML)



1 cuillère à soupe le matin et à 16h.

14,00

3 DOLIPRANE 1000 mg cp : B/8



1 comprimé le matin et à midi. selon besoin

4 VITAMINE C ACEROLA 1000



1 comprimé le matin, pendant 10 jours.

98,90

5 AMLOR 10 mg gél : B/30

1 comprimé le matin, pendant 1 mois.



8 032578 479515

DR. ALIGHIERI VALERIE  
MEDICINE GENERALE - GERIAPIE  
NUTRITION DIABETOLOGIE  
7, Rue Kadi Ass Zemmé Eltagh  
Maârif Casablanca  
Tél: 0522 99 19 06



a (Imm. Mac Donald's), 2<sup>ème</sup> Etage, Maârif - Casablanca

، زقة قاضي إيس، عمارة الوصي، الطابق الثاني، 11

1906 - Email : docteuralighieri@gmail.com

Lot :  
A consommer  
avant le :

230104

01/2026

PPC : 79,90 DH