

# 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

- Reclamation : 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.

M23-0019241

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1367 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DBA H. Abdenebbai

Date de naissance : 1952

Adresse : Ménée adrege

Tél. : 0681862867 Total des frais engagés : 1538,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Smail MALKI**  
Médecin généraliste  
Lot Chabab 1 N 102 - Deroua  
Fix: 05 22 03 43 28 / Tél 06 07 58 58 57

14 MARS 2024

Date de consultation : 14 MARS 2024

Nom et prénom du malade : KARNOU 22 Age : 1959

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HIA, Cardiopathie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Depression

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 14 MARS 2024

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 : Deroua Le : 10/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : DBA H. Abdenebbai

### 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
14 MARS 2024	CS	150 DT		Dr. S. M. Médecin Général Médecin 1 N° 02 - Deroua Lot Chabab 1 N° 4324 / Tel 06 07 58 58 57 Fix: 05 22 03 43 24 / INPE: 061240933

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE DU 14 MARS 2024	14-03-24	1388,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H 25533412 00000000	21433552 00000000
D 00000000	00000000
	35533411 11433553
B	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Smail Malki**

## Médecin généraliste

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

10

طیب عام

## خريج كلية الطب و الدental باليمن

LOT 232917 1  
EXP 09 2026  
PPV 33.40 DU

LOT : 840  
PER : SEP 2026  
PPV : 37 CH 60

LOT : 840  
PER : SEP 2026  
PPV : 37 DH 60

LOT : M1235  
PER : 11/2025  
PHV : 73,80DH

4300

85,20

185,00

185,20

14 MARS '2024

## ORDONNANCE

1960-1974 810  
N NANCE

Aich Karmen

Fix:05 22 05

118,50 x 3

4

33.40  
a

$$= 185,20 \times 3$$

-72.00  
74 X3

5

$$37.6 \text{ cal} \cdot \text{g}^{-1} \cdot \text{K}^{-1} \cdot \text{mol}^{-1} = \text{p} \cdot \text{L}$$

73.80 ~~OPRAF~~ ~~2000~~

79.00 ~~MEPS INC 11/15~~

Dr. Smail MALKI  
Médecin généraliste  
Chabab 1 N 102 - Der  
1388

## Consultation à Domicile

Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28