

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0036557

20/15/18

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1958

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AKKAR Abdelaziz

Date de naissance :

31/12/1946

Adresse :

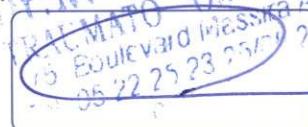
6, Rue Turgot - Racine - CASABLANCA

Tél. : 06 66 89 58 33

Total des frais engagés : 641,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30/03/2014

Nom et prénom du malade :

AKKAR Abdellah

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ALD

Pathologie :

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 : 09/04/2014

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

#### **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
30.3.2019			355,-	<i>T.N. LATIF BULMAT Boulevard Massila 222323-12</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Du Fournisseur Pharmacie Les Capucines Mine BENCHEKROUN Nawal Bd. Masséna Al Khadra - CASA Tél. : 022 39 89 69 / 94 00 47	20/03/2014	341.50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552			00000000	00000000		D	00000000	00000000	G	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
D	00000000	00000000	G																	
B	35533411	11433553																		
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			
				MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# SEKPHARMA (Pharmacie Les Capucines)

Meriem Sekkat

0522398969

38 Boulevard Massira Al Khadra, Casablanca



**Facture N° FAC-100282**

Date : 01/04/2024

**MR AKKAR ABDELAZIZ**

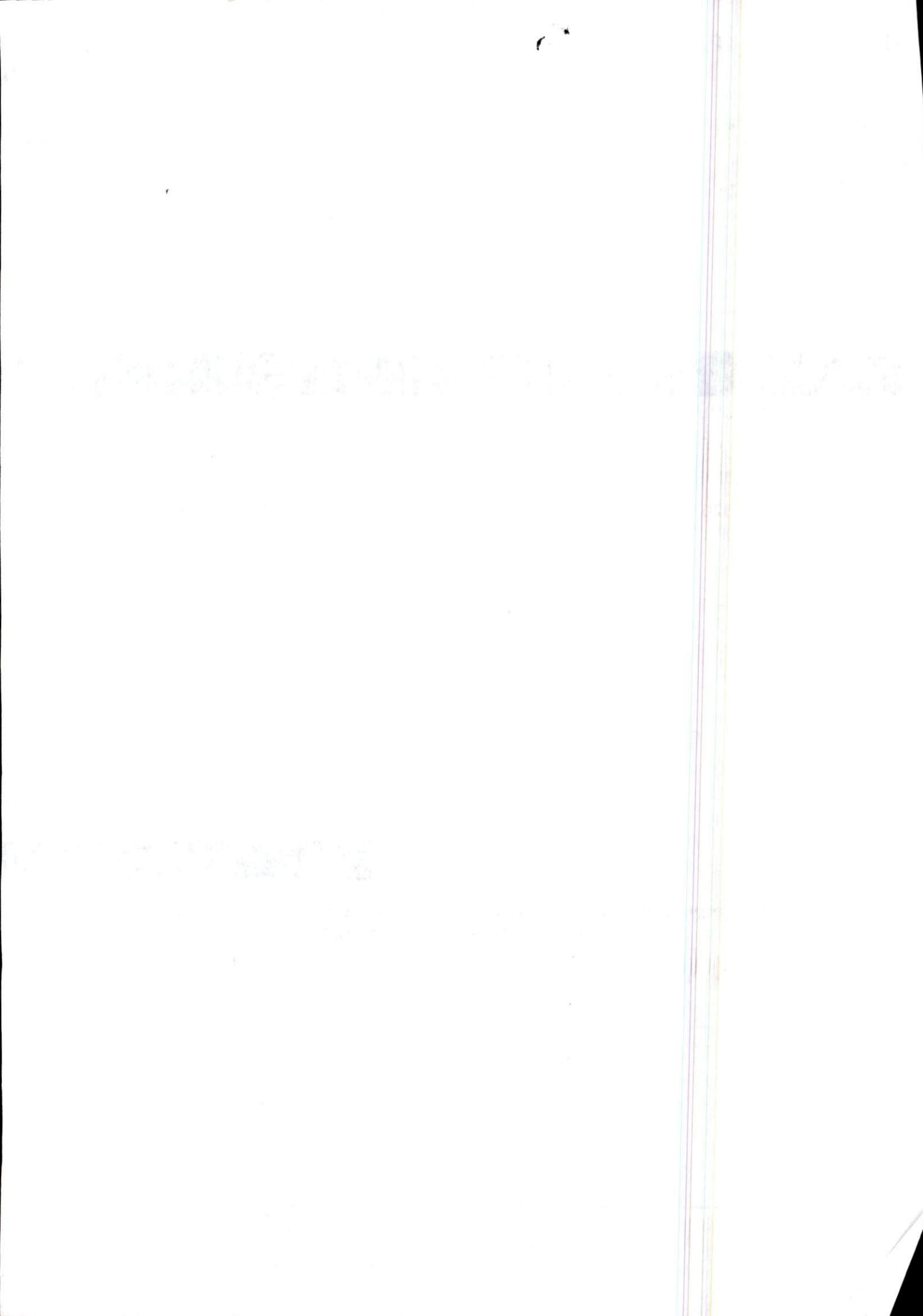
Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
INFLAX GEL ANTI DOULEURS 120ML	1	184,00	3	184,00
ESAC CO 20MG B14 GELULES	1	82,10	2	82,10
ALGIK CO 500MG/50MG B16 COMP	2	12,40	2	24,80
MEFSAL CO 7.5MG B20 COMP	1	51,00	2	51,00

Code de TVA	1	2	3	4	Total HT	300,90 DHS
Taux	0%	7%	20%	10%	TVA	41,00 DHS
Montant (DHS)	0	10,33	30,67	0	Total Organisme	0 DHS
					Total Client	341,90 DHS
					<b>Total</b>	<b>341,90 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent quarante et un DHS  
et quatre-vingt-dix centimes**

Pharmacie Les Capucines  
Mme BENCHEROUN Nawal  
Bd. Massira Al Khadra - CASA  
Tél. : 022 39 89 69 / 94 00 47



Dr. N . Latif - IDRISI

Chirurgien Orthopédiste



Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France  
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes  
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes  
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique  
Membre de la Société Française de Chirurgie  
Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الأدريسي نور الدين

جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب بنات

نظام و المفاصل

COOPER PHARMA  
PPV: 51,00 DH

Casablanca, le : 20/12/2018

Mr. ( Mme ) :

51 ° ① Difal 20

S.1

12,40

13,20

12,40  
12 ° ① Alg 14

O 26004  
FR 94/25  
PVC 30 DH 10  
82,10



LOT: CKX99  
EXP: 09/2025  
PPV: 184,00 DH

82,10  
① ESR 20

S.2

PVC : 184,00

CE : 124112018/UPCHC/DMP20

34,13?

① mflx fl.  
cal + 10

Dr. N. LATIF  
TRAUMATO ORTHOPÉDIE  
75 Boulevard Massira Al Khadra  
Casablanca  
Tél : 022 22 23 25 / 05 22 25 39 25

120 ml



Pharmacie Les Capucines  
Mme BENCHEKROUN Nawal  
Bd. Massira Al Khadra - CASA  
Tél : 022 22 23 25 / 05 22 25 39 25