

## 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

N° W19-563860

57899

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11244	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : MOUSSAID ABDULKARIM			
Date de naissance : 13/6/1971			
Adresse : 14000			
Tél. : 05 22 20 45 45		Total des frais engagés : 130 + 341,9 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 30/01/2016			
Nom et prénom du malade : Abdellatif Moussaid Age : 45			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Lombalgie			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
30/01/2021	CS	Bob		INP : 00148016 Médecin : Dr J. L. Baudoin 219, Avenue de la République - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formasseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR AL HUDA DU IDRISI DZINEB N° 105 sura II N° 161 Ain Chock CP 22 50 32 33	30.01.21	3412.9-

RETOUR DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prie de preciser la dent traitee, l'acte pratique en indiquant la nature des soins																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitees	Nature des Soins	Coefficient																		
				INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique necessaire a la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				

**Docteur Latifa LABIBE**

Médecine générale

Diplômée de la faculté de médecine  
et de pharmacie de Rabat

Ex. médecin interne à l'hôpital  
Mohamed BOUAFI

**الدكتورة لطيفة اللبيب**

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبية داخلية سابقا بمستشفى  
محمد بوافي



**ORDONNANCE**

Casablanca, le: ..... الدار البيضاء في:

30/01/2021

51.40

1) Spectrum 160

M. Abdekkarim



Maissane

16.30

14P×8/3



2) Dantomycine

LOT 191829  
EXP 11/2022  
PPV 51.40 DH

51.40 = 14P×3/3

3) Dividu 75mg

صيادلة دار الأعماق  
DAR AL IDAA  
Dr IDRISI Zineb  
Hay Al Oussa II N° 161 Ain Chock  
Tel 05 22 50 32 33

LOT : 6676  
U.T. AV : 11.22  
P.P.V : 46 DH 30

79.90

14P/5

4) Aïthorase sop



16c/3

Lot :  
À consommer  
avant le :  
190829  
12/2022

PPC : 79,90 DH

30.20

5) Bradiolage



**BECIDOUZE®** 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 08/2023  
LOT 060082

29,80

6) Artiflex crème



29,80 1appx90g

7) Nodol codeine



T: 362,90



الدواء  
PHARMACIE دارالدوكا  
Dr IDRISI Zineb  
Hay Al Ousra II N° 167 Ain Chock  
Tel 05 22 50 32 33