

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Optique :

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

- Prclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

**S : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04.804

Société :

61997

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAAKISI

Abdellah

Date de naissance : 13.01.1960

Adresse :

Tél. : 066353691

Total des frais engagés : 15000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10.02.2021

Nom et prénom du malade : LAAKISI zineb Age : 51

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Abcés dentaire

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

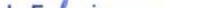
Le : 14/03/2021



## 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
10/10/2021	consultation		150DH	<i>Dr. GHAFIRI Médecine Générale 10, N° 2 Bd. Hassan II Jad Azahra - Beni Mellal</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES\*

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie MARHABA Dr. Amine LAMI 25, 3rd. Brahim Roudani Watiq - Barrechid	10 02 2017	368,20

## 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'ORL.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

### [Création, remont, adionction]

fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## Coefficient des travaux

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

Ancien médecin à l'hôpital Mohamed Boaifi

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

Diplôme en échographie de l'université

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكارت

Paris Descartes

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

Pharmacie MARHABA  
Dr. Amal Roudani  
26, Bd. Béchir Bey  
Wafiq Berriqid  
Berrechid le .....

الرباط -

برشيد في

10/02/2021

LA ARISSI zineb

5840

1) Sildurmel 20  
sphincter

S.V.

Amyn (5ij)

92,00

2) Métoprolol 500  
1cp x 2j (5ij)

S.V.

Amyn (5ij)

16,30 x 4

3) Doxycycline 100  
1cp x 14-20j

S.V.

Amyn (1més)  
(14hts)

82,10

4) Rosiper 20  
1cp

S.V.

Amyn (5ij)

70,00

5) Tegument percut

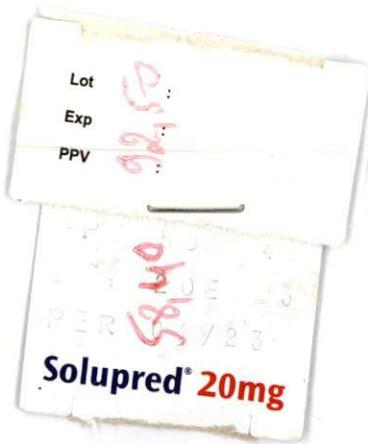
S.V.

Amyn (5ij)

Pharmacie MARHABA  
Dr. Amal Roudani  
26, Bd. Béchir Bey  
Wafiq Berriqid  
Berrechid le .....

368,20

Dr. GHAFIRI Aicha  
Médecin Généraliste  
185 Appartement 1  
Résidence Hay Riad  
Berrechid



LOT : 20E006V  
PER : 05/2022

DOGMAFIL 0,5G/100ML  
SOL BUV FL 125ML O

P.P.V : 16DH30

6 118000 012153

LOT : 20E007V  
PER : 08/2022

DOGMAFIL 0,5G/100ML  
SOL BUV FL 125ML O

P.P.V : 16DH30

6 118000 012153

LOT : 20E006V  
PER : 05/2022

DOGMAFIL 0,5G/100ML  
SOL BUV FL 125ML O

P.P.V : 16DH30

6 118000 012153