

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 26361 Société : RAY

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KERMAWI ABDELWAHAB

Date de naissance : 06.09.1957

Adresse : 62 BD MY ISMAIL APP 22 ETC 5 CASA RN

Tél. : 06.89.37.48.80 Total des frais engagés : 867.5 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/04/2021

Nom et prénom du malade : KERMAWI SALWA Age : 1999

Lien de parenté :  Frère(s)  Soeur(s)  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : A.R.P.

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : A.R.P.

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 : Casablanca Le : 27/04/2021

Signature de l'adhérent(e) : 16/jan

### 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
23/06/2021	Cr		260,-	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES du 23/06/2021 pour la date de la facture Signature du Médecin : Dr. A. CHAOUI

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LAÏU 7, RUE AL BAHAIL 20290 ROCHE-S-NCES CASA - TÉL. : 0522.40.19.12	23.06.2021	607,50

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

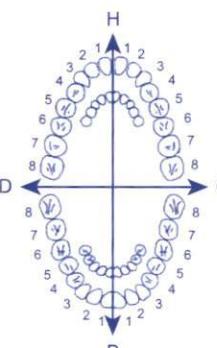
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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

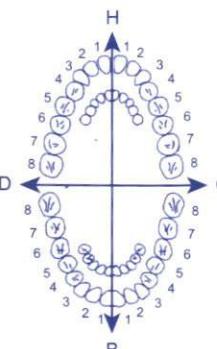
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
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



اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

Spécialiste  
en Pneumophysiologie

الدكتور عبد العزيز الشادلي

**DR. ABDELAZIZ CHADLI**



23/04/2021

خريج كلية الطب ياميان (فرنسا)  
طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا  
أمراض الرئة، الحساسية، الفسيق (الربو) والسل  
فحص الوضعية التنفسية - تحليل الحساسية  
الفحص بالأشعة التفصير القصبي.

Diplômé de la Faculté de Médecine  
Interne

N° de lot:

Date d'expiration:

PPV:

119,10

rculose

piratoire

toscopie

83,90

Ozen 10 mg

1 comprimé le soir, pendant 1 Mois



LOT: 181483  
UT AV: 09/10/2021  
PPV : 83,90DH

Conasal

1 Gouttes le matin et le soir, pendant 1 mois



Broclar sol.buv. 15 mg/5 ml chlorhydrate  
d'Ambroxol, Fl 200 ml



Chaque Jour(s), 1 cuillère, 3 fois par jour,  
pendant 10 Jours

Seretide 250

1 inhalation le matin et le soir



Mazax 500

Chaque Jour(s), 1 comprimé le matin, pendant 3  
Jours



Progast

1 comprimé le soir, pendant 1 Mois



LOT : 5031  
UT- AV: 11-22  
P.P.V : 60 DH 00

31,00

218,00

60,00

95,50

607,50

ORDONN

PPV: 95DH50  
PER: 03/26  
LOT: 11717-1

GloxySmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
ID: 645054  
PPV: 218,00 DH  
B 118001141878

صيدلية ليل  
Pharmacie LAILA  
37, RUE AL BAHALIL  
20290 ROCHE-S-NCIES  
CASA - TÉL.: 0522.40.19.12