

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

## Informations 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.

## 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.

## 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.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Matricule : 1975 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AFKIR Lahcens

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse :

Tél. 0666388028

Total des frais engagés : 887.80 Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/10/2021

Nom et prénom du malade : BAMOHAMED H. LIMA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Palpitations

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

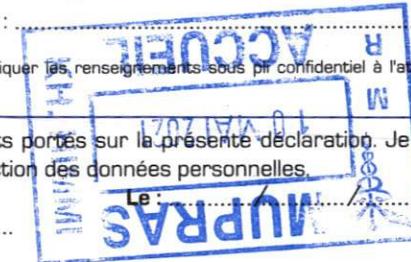
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

H. LIMA



## 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
14/12/2011	2+E dep		300.00	Dr. KHALID ADNAN CARDIOLOGUE AV MED BOUZZERIE SALAMA III ATHMANE - CASABLANCA 022 55 41 08

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DE LA PREFECTURE</b> Avenue du Nil, (SIDI BOUZID) Bloc 33, N° 23 - Casablanca	05-04-21	<b>587,80</b>

## 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

8

MONTANTS  
DES SOINS

100

DATE DU  
DEVIS

100

Dr. ADNAN Khalid

Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage  
Salama III Sidi Othmane  
20670

Tel.:05 22 55 41 08

Mobile:06 66 25 12 44 Whatsapp

Fax:05 22 55 41 12

Email:kha\_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

le 05/04/2021

Mme Hlima BAMOHAMED



**1) CARDINOR Comprime à 6,25 mg Bte 30 Comprime**

Prendre 1/2 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

**2) CILENTRA BOITE 28 CP**

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

**3) RELAXIUM 300 MG**

Prendre 1 gélule le soir, après le repas, pendant 3 mois

**4) LEVOTHYROX Comprime à 50 pg Bte 28 Comprime**

Prendre 1 et 1/2 comprimé le matin, avant le repas

6 boites

**5) CEFALINE BT/10 STS**

Prendre 1 sachet par jour si céphalées

1 boite

Dr. ADNAN Khalid

PHARMACIE DE LA PREFECTURE

avenue du Nil, (Sidi Othmane)

Bloc 33, N° 23 - Casablanca

Tél: 00 522 37 14 02



LOT : 210046  
UT AV: 01/2024  
PPV : 47,00DH

PPV: 126 DH 00

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NT

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

LOT: 200351  
DLUO: 10/2023  
87,00DH

LOT : 447  
PER : 12/25  
PPV : 14,20 DH



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

LOT : 210046  
UT AV: 01/2024  
PPV : 47,00DH

PPV: 126 DH 00

LOT: 210080  
DLUO: 02/2024  
87,00DH