

# 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 mois.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.



Déclaration de maladie

N° W21-630794

73801

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6675

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SALLY F-2

Date de naissance : 14.12.49

Adresse : 13 Ksar El Aïn Taounit

Tél. : 0661494608

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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'adjudant conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

08/05/2022

Le : 08.05.2022

Signature de l'adhérent(e) :

Sally

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

#### ~~EXÉCUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES ISS Dr. LEMSEFFER Malak 164, Boulevard d'Anfa (Angle Rue Molière) Tél. : 05 22 36 24 79	81-5122	564,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 914012818
		3 6 Composante D15 Consultation C		COEFFICIENT DES TRAVAUX + D15
				MONTANTS DES SOINS 400,00
				DEBUT D'EXECUTION 01/05/80
				FIN D'EXECUTION 10/05/80
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 26533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			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'EX

Dr. Rhizelane LAHLOU  
Chirurgien Dentiste Spécialiste  
Diplômée PARIS V, VI

Parodontologie - Implantologie  
Prothèse - Esthétique - Soins  
Ancienne Attachée d'enseignement  
à la pitié salpêtrière PARIS



PHARMACIE LES IRISSES  
Dr. LEMSEFFER M.  
164, Boulevard d'Amira  
(Angle Rue Molière)  
Tél. : 05 22 36 24 79

ordonnance

Date 08/05/21 Nom Dr SCALLY Fabrice  
- ATT RA

- 168.00 - Augmentin (20g)
- 1 sachet 2x1; pcx 8j
- 82.00 - INdium (20g)
- 1 gélule le matin avant  
pcx 10 j
- 58.60 - Ibruprof (20g)
- 3 gélules ou 1 bouteille  
de 100 ml pcx 3 j
- 88.00 - Autac (20g) Nyles 50 ml
- 56.40 - Résidence RAMI 7, Rue Sebta 1er étage, à gauche  
Quartier des hôpitaux ( Bd Zerkouni ) Casablanca  
Tél. 0522 487 494 - 0522 486 210  
mail: rhizelanelahlou@yahoo.fr
- PHARMACIE LES IRISSES  
Dr. LEMSEFFER M.  
164, Boulevard d'Amira  
(Angle Rue Molière)
- Dr. Rhizelane LAHLOU  
Chirurgien Dentiste  
7, Rue Sebta Béb. Ramí  
Casablanca - Tél: 0522 487494

58,40

203 3

R 04 23

## Solupred® 20mg

### AUGMENTIN®

..... sachet(s) ..... fois  
prendre de préférence au début  
pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice  
لأفضل قبل الأكل، خلال ..... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

PPV: 168,20 DH  
LOT: 597817

### AUGMENTIN®

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

PPV: 168,20 DH  
LOT: 593430

PPV: 88DH00  
PER: 02/23  
LOT: J523-2



SYNTAMEDIC  
23 rue zaouïbir brou al ouaem rachba  
noir casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14  
640/50MP/21/NRQ  
P.P.V. 92,50 DH  
6 118001 020591

**Dr RHIZELANE LAHLOU**

Chirurgien Dentiste Spécialiste

Diplomée en parodontologie-implantologie-prothèse fixée  
Ancienne Attachée d'enseignement à la pitié salpétrière (paris)

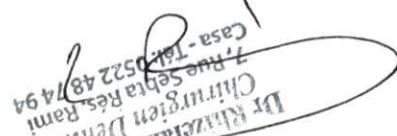
**FACTURE**

Mme SCALLY FAZI NAZAHRA

DATE	ACTE	MONTANT
-08/05/21	consultation	100,00
10/05/21	Composite en 36	30,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE ~~130,00~~ f

*# Payer en deux fois*



7 Rue Sebta Résidence Rami Quartier des hopitaux. Casablanca  
Tel.0522487494 0522486219 Gsm0661057876 CNSS7173719  
IF42012066

Mail [rhizelanelahlou@yahoo.fr](mailto:rhizelanelahlou@yahoo.fr)

ICE001684331000058

INP94012812

IF42012066