

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

## soins généraux :

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.

## Médecine 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 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 Meilleurs 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.

Matricule : <u>5581</u>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : <u>El Saoudi Mohamed</u>		
Date de naissance : <u>30-01-86</u>		
Adresse :		
.....		
Tél. :	Total des frais engagés :	Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : El Saoudi Mohamed 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'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 : 21/01/2018

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANNASSIM et Habiba N°62/2 Oulfa CASABLANCA - Tél: 05 22 3813 - 21 INPE: 092010552 ICE: 00204209700024		3041,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

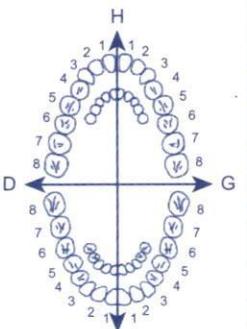
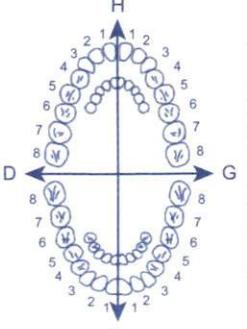
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

Direction Régionale Casablanca-Settat

DELEGATION HAY HASSANI



مملكة المغرب

وزارة الصحة

جمهورية المغرب الدار البيضاء - سطات

ندوبية الحسي

## Ordonnance

Date : 18/08/2021

Nom et Prénom : Mohamed El Ouadi

1 - Plaquinil 200 mg

1 cp x 2 fois / jour pendant 10 jours (toutes les 12h)

2 - Azthromycine 500 mg cp

• 1 cp j1  
• 1/2 cp de j2 à j7 } au milieu des repas

3 - Vitamine c 1000 mg cp

1 cp x 2 fois /j pendant 10 j

4 - Zinaskin 45 mg cp ou équivalent

1 cp x 2 fois /j pendant 10 j

5 - D-cure forte

1 amp /semaine pendant 3 se

6 - Cardioaspirine 100 mg

1 cp /j pendant 10 j

Lovanic® 500 mg  
levofloxacin  
10 Comprimés pelliculés sécables

PHARMACIE ANNASSIM  
Lot Habiba N°62/2 Oulfa  
CASABLANCA - Tél: 05 22 90 39 12  
INPE: 092010552  
AGE: 002042097000024

VITAMINE C 1g  
boîte de 20 comprimés effervescents  
PPV : 26,50 DH  
6 118000 190936

BIOFAR ACE SELENIUM ZINC B1E  
PPC : 89,00

SI Ut Av Lot :  
03/2024 1060/17  
IPHADERM

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21F07  
EXP: 06/2024

PHARMACIE

10552  
002042097000024

306/03/2024