

# 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 6 mois.

## Adresses Mails utiles

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

N° W21-659034

89891

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 11573		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Nom & Prénom : NASR MOUNA		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 21.02.79			
Adresse :			
Tél. : 0600673793		Total des frais engagés :	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>Dr. Kadiri-Kasmi Mohamed</p> <p>Medecin Conseil</p> <p>191, 1er étage, ALCASKE - Nouaceur</p> <p>701-06.50.24.78</p> </div>		
Date de consultation : 11/10/2021	Age :		
Nom et prénom du malade : TAFROUTE AYA	Nom et prénom du conjoint :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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'attédein 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
11/10/81	C	150	INP : 09101736	
				Dr. Kadiri-Kasmi Mohamed Médecine Générale 191, Lot. ANNASIA - Nouaceur Tél. 332.30.24.78

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Centrale Victoria 103 Lot Annasie Bldc 12 RDC Nouaceur Casablanca 05 61 32 07 87	11/10/81	118,40

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

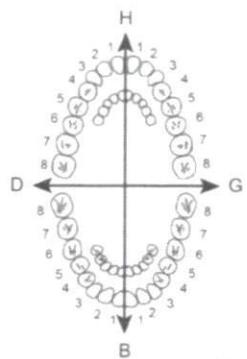
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

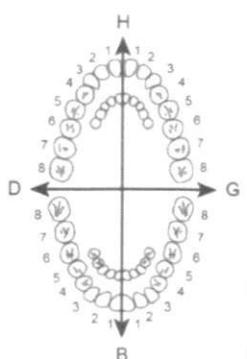
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
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


DATE DE L'EXECUTION


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Kadiri Kasmi Mohamed

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتور قادری قاسمی محمد

الطب العام

خريج كلية الطب

و الصيدلة الدار البيضاء

## ORDONNANCE

Nouaceur, le 11/10/19

TAFROUTE AYA

60,00

1) Ferplex

(S.V)

Pharmacie Cem  
103 Lot Anasse  
Nouaceur Casablanca  
06 61 32 07 97

**FERPLEX®** 40 mg  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

36,40

2) Komed 20 mg

2cp/1 le Mat en 1 Semaine pdt 15 Jours

(S.V)

pdt 1 mois

3) Voxcib 100 mg

22,00

4) Ceddol CP

1 Ml, pdt 8 Jours

44,00

(S.V)

Dr. Kadiri Kasmi Mohamed  
Médecine Générale  
191 Lot. ANNASPE - Nouaceur  
Tél: 0524 440016 06 61 32 07 97

118,40

الرقم 191 ، تجزئة النصر ، بلوك 24 ، الطابق 1 ، أولاد صالح - إقليم النواصر

الهاتف (مستعجلات) : 06 34 83 90 56 بريد إلكتروني : kadirikasmi440@gmail.com

# كوبريد®

بريدنيزولون

20 ملخ

عن طريق الفم

قرصاً فوار 20

PHARMA5

LOT : 9587  
UT. AV : 05-24  
P.P.V : 36 DH 40

A40031

Lire la notice attentivement avant utilisation  
A conserver à l'abri de l'humidité  
Reboucher soigneusement le flacon après  
chaque prise  
Ne pas laisser à la portée des enfants

[فر] الشرة بتأنٍ قبل الاستعمال  
يحفظ بهذا الدواء بعدً عن الرطوبة  
أغلق بعناية الفارورة بعد كل إستعمال  
لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال

Liste I  
Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites  
احترم المقدار المعينة

Laboratoires Pharma 5  
Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc  
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

10



AMM : 375/16 DMP/21/NCN

Kopred® 20 mg  
Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

Fleximat