

## 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

- 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-659572

93864



Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06930

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

IMEHLI- MOHAMMED

08/08/1961

Date de naissance :

Adresse :

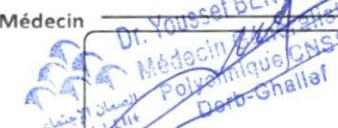
Ain Chac casa

Tél. 06 662 47075

Total des frais engagés : 178,80 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/11/2021

Nom et prénom du malade :

MIAMAR-HOUDA

Age: 58 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alzheimer

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 : casa

Le : 22/11/21

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 |
| 02/07/2021  | 171               | 1 C                     | 0                               | INP : 091785143 Dr. Youssef A. Challa                          |
| INPE  | 092006048         |                         |                                 | Dr. Youssef A. Challa  |
| EXECUTION DES ORDONNANCES   |                   |                         |                                 |  |
| Cachet du Pharmacien ou du Fouisseur  | Date              | Montant de l'ordonnance |                                 |  |
| PHARMACIE D'IMAM MALEY<br>Dr. MEDDAH MOUSSAOUI<br>H4/14/2021<br>Casablanca<br>Tél.: 05 22 13 33 13<br>GSM: 06 61 08 53 05 | 178               | 178                     |                                 |  |

| ANALYSES - RADIographies                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES   |                   |                     |             |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
|--|-------------------|---------------------|-------------|---|--|----------|--|----------|---|--|----------|--|----------|---|--|----------|--|----------|---|--|----------|--|----------|---|--|--|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                   |                   |                     |             |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. |                   |                     |             |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
|  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP: <input type="text"/>   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
|  |                   |                     |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
|  |                   |                     |             | MONTANTS DES SOINS  |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
|  |                   |                     |             | DEBUT D'EXECUTION   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
|  |                   |                     |             | FIN D'EXECUTION   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
|  |                   |                     |             | <b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>  |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
|  |                   |                     |             | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
|  |                   |                     |             | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="5">G</td> </tr> </table> |  |          |  |          | H |  | 25533412 |  | 21433552 | D |  | 00000000 |  | 00000000 | B |  | 35533411 |  | 11433553 | G |  |  |  |  |
|  |                   |                     |             | H   |  | 25533412 |  | 21433552 |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
|  |                   |                     |             | D   |  | 00000000 |  | 00000000 |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
| B  |                   | 35533411            |             | 11433553  |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
| G  |                   |                     |             |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession  |                   |                     |             |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
| MONTANTS DES SOINS   |                   |                     |             |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
| DATE DU DEVIS  |                   |                     |             |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |
| DATE DE L'EXECUTION  |                   |                     |             |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |          |  |          |   |  |  |  |  |



# وصفة ORDONNANCE

Le ..... 04/11/2021.

MIAMAR Hamedo

120,4P

1/ Clavulanic acid

1 sachet x 315 pd + 5

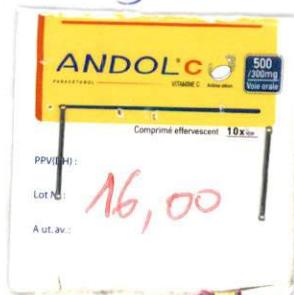
2/ Andol C cp.

1cp + 315

20mg X

PHARMACE AL IMAM MALEK  
Dr. MEDDAH Mourad  
Bay Lakemai, Rue 28, N°64  
Casablanca  
Tél: 05 22 26 33 13  
06 61 08 55 05

3cp metin pd 5g.





**1g /125 mg**

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

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الاكل، خلال ... يوم.  
اقرؤوا النشرة بانتباه قبل الاستعمال

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**PPU: 120,40 DH**

**LOT: 645190**

**PER: 02/22**

