

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-682758

103986

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1373

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

EL IDRISI LATIFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

1576,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

DR. AMINE AZIZ

TRAUMATOLOGIE-ORIOPÉDIE

CHP MOHAMED V

CASABLANCA

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : 15/12/22

103986

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
11/02/2022	Ca	85	85000

**INP : DR. AMINE AZIZ**  
**Traumatologie - Orthopédie**  
**INPE : 091036889**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA Lyon Acé Gouraud	15/02/2022	1576,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire en titulaire	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur S. CHA 55-41, Rue 1611/Fax : ICE : 001541/1800			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le: 15.02.2022

**Ordonnance**

H<sup>me</sup> El Edhi datfa

1) Fosavance CP



193,60 1 CP / semaine psw 06 mois  
 (1/2 heure avant le petit déjeuner.)

2) Pianlidine gelée



188,00 1 gel/10 psw 03 mois

3) Honart cp



166,90  
29,90

DR. AMINE AZIZ  
 TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
 CHP MOHAMMED V  
 CASABLANCA

Total: 1576,60



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1

AMM 294/17 DMP/21/NRQ

70058199/07-1

AMM 294/17 DMP/21/NRQ

70058199/07-1

AMM 294/17 DMP/21/NRQ

التعليمات  
يوصى به  
بناءً على  
يوصى به  
من بعض  
من بعض  
برقة و  
من طرق  
غير من  
كمسوا  
يحب ق  
عليه مد

P.P.V: 193,60 DH

LOT : CA141  
EXP : 05/24  
PPC : 146,90 DH

LOT : CA195  
EXP : 01/25  
PPC : 146,90 DH



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1

AMM 294/17 DMP/21/NRQ

70058199/07-1

AMM 294/17 DMP/21/NRQ

DH

193,60

P.P.V:

193,60

DH



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH  
6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1  
Fosavance 5600 UI  
4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH  
6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1  
Fosavance 5600 UI  
4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1  
AMM 294/17 DMP/21/NRQ

6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1  
Fosavance 5600 UI  
4 comprimés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

Le 15.01.2022

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné: DR. AMINE AZIZ  
TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIE  
CHP MOHAMED V  
CASABLANCA

Certifie que M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup>: El Idrissi Latfa

Présente

une ostéoprose + Arthrose diffuse

Nécessitant un traitement d'une durée de:

06 (six) mois

Dont ci-joint l'ordonnance:

Fosavanc + piafécine + Monast

(A défaut noter le traitement prescrit):

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

DR. AMINE AZIZ  
TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIE  
CHP MOHAMED V  
CASABLANCA