

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ntaire :

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 Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7140 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M. DAHAN Rkia

Date de naissance : 30.01.60

Adresse : villa N° 5 Rue Sad AL WAHDA Lot

Regrage, Béni Mellal

Tél. : 05 22 22 78 19 Total des frais engagés : 906,6 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/01/2022

Nom et prénom du malade : Dahan Rkia Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bronchite asthmatique

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 : BERRECHID Le : 18/02/2022

Signature de l'adhérent(e) : DAHAN Rkia

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attaquant le Paiement des Actes                                |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/01/2022 CS   |                   |                       | 150,00                          | DR. SABAH DIB<br>Médecin Dentiste<br>20. Ahd Souk Bd<br>2ème Elag 14000<br>Tél: 0522 23 68 30 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                    | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| DR. SABAH DIB<br>20. Ahd Souk Bd<br>2ème Elag 14000<br>Tél: 0522 23 68 30 | 28-01-22 | 756,60                |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

### 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | 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 de

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|--|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
|  |                |                  |             |                         |
| <img alt="Dental chart showing upper and lower arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system with axes D (left), G (right), H (top), and B (bottom) is |                |                  |             |                         |

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء، تتبع الحمل والعمق من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السيارة

Ordonnance

Berrechid le : 28/07/2022

Dahan RKia

1. Kopred 20 mg  
36,40 3cp/jr



2. Augmentin 1g  
168,20 usc x2



3. Coated 60 mg  
140,00 usc 1/jr



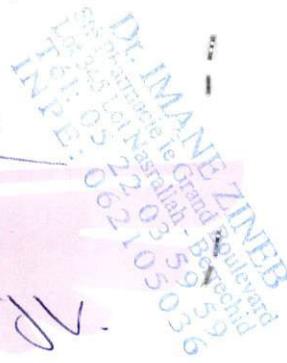
4. Safli 250  
184,00 250ff



5. Douvox



6. Kalmaner  
69,00 usc x 3



20. شارع محمد الخامس بجزئه تصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق BMCE بنك)

20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid

الهاتف : 05 22 33 68 30

7. celebrex  
89,00

756,60



LOT : 3778  
UT. AV : 09-24  
P.P.V : 36 DH 40

PPU: 168,20 DH  
LOT: 646031  
PER: 05/22

LOT 201177  
EXP 04/2023  
PPV 140.00DH

LOT: GB1002  
PER: 02/2024  
PPV: 185 DH 00

LOT: 210731  
DUO: 12/2024  
69,00DH



Lot: 128799 P.P.V:  
Exp. 09-2022 89 00  
→ 89,00

1/2  
1/2  
1/2  
1/2  
1/2  
1/2  
1/2