

## 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.

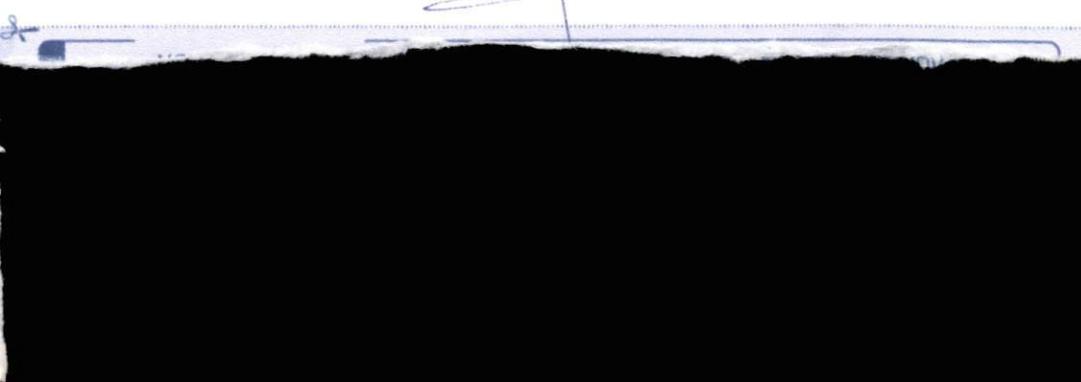
### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

AM 2019

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : <b>6638</b>		Société : <b>RAN</b>	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre : <b>EL KHALIFA EL GESTA PHARMACEUTICALS</b>	
Nom & Prénom : <b>CASA MAROC</b>		Date de naissance : <b>06/06/1962</b>	
Adresse : <b>CASA MAROC</b>			
Tél. : <b>0661066938</b>		Total des frais engagés : <b>641,20 Dhs</b>	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>H. HAKIM</b>			
Date de consultation : <b>26 AVR 2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>MAITALI MAITOU</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : <b>colopathie</b>			
Age : <b>56 ans</b>			
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 : <b>CASA MAROC</b> Le : <b>26/04/2022</b>			
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
26 AVR 2012	C		200.00	INP : 20106466/0 Dr. M. S. A. Al-Saadi Signature : Dr. M. S. A. Al-Saadi Date : 27-04-2012 Signature : Dr. M. S. A. Al-Saadi Date : 27-04-2012

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE POLYCLINIQUE</b> Dr TIR ADD 12212 68, Rue Aley Thami - Hay Massen: Tél: 022.90.21.67 - Casablanca	26-4-22	<del>Montant de la Facture</del> <del>Tél: 022.90.21.67 - Casablanca</del>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
<b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>		<hr/>		B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
<hr/>		<hr/>																		
B	00000000	00000000																		
G	35533411	11433553																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

**Docteur Saïd GZOULI**

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

**الدكتور سعيد الخزولي**

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

Casablanca, le :

26 AVR 2022

NEOFORTAN® 160 mg

PPV: 98DH80  
EXP 12/2024  
LOT 10044 2

98DH80  
EXP 10/2024  
LOT 18030

1: Neofortan 16  
1 g x 2

2. Raucephek 20  
1 g x 20

15



3. Ziptec  
1 g

63,20



4. Marimed  
3 g x 1

76,00

~~PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr. TIR Abdelaziz~~

~~58, Route Moulay Thami Hay Hassan~~

~~60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassan) Hay Hassan - Casablanca~~

~~Tél : 05 22 90 00 68 - E-mail : org2aa@gmail.com~~

CARBOLINE CP BTE 30  
PPC: 75.00  
Uf Av 11/2024 Lot: D390N  
IPHADERM

**الدكتور سعيد الخزولي**  
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم  
رقم 60، بوليفار العلامة المختار  
ماعناء - الرباط - المغرب  
العنوان: 58، طريق مازروعة، حي الصناعي، مازروعة، الرباط - المغرب  
Tél: 05 22 90 00 68

CAS