

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

Nº M21- 0059101

M6583

Matricule : ..... 14.1.1 ..... Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Mr Z.Z AOUFI Mohamed

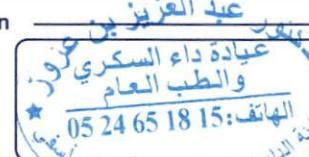
Date de naissance : 1-1-49

Adresse : Rue S.M.A.R. Abdellah Ville nouvelle SAFI

Tél. : 0661328375 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ZRAOUI Mohamed Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HUA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

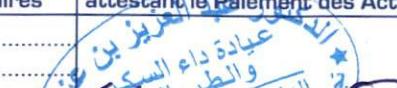
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : ..... 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
22/03/2022	ـ	١	٦	 عيادة داء السكري والطب العام في الهاتف ٠٥٢٤٦٥١٨١٥ المجمع العالمي واصل رقم ٤

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 13, Place de l'Indépendance Tel. 05 24 46 30 87-Safi	22/3/22	411.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICALS

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

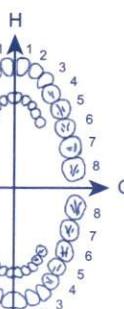
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<b>MASTICATRICE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table> <b>H</b> <b>G</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; vertical-align: top;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="width: 50px; height: 40px; vertical-align: top;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table> <b>D</b> <b>B</b>									25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553							<b>Coefficient des travaux</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>				
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553																					
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
<b>Date du devis</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>																						
<b>Date de l'exécution</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelaaziz BEN AZZOZ

Cabinet de Diabétologie  
et Médecine Générale

Diplôme de Médecine Université Hassan 2  
Faculté de Médecine Casablanca  
Diplôme d'état Français de Diabétologie  
Université PARIS 13-SORBONNE  
PARIS CITÉ

الدكتور عبد العزيز بن عزوز

علاج داء السكري  
عيادة الطب العام

خريج جامعة الحسن الثاني  
كلية الطب الدار البيضاء  
حاائز على شهادة علاج داء السكري  
من جامعة باريس 13 السوربون  
باريس

MR ZRAOULI MHAMED

Safi, le

22/03/2022

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

- Detensiel 10 mg - comprimé pelliculé

1 Comprimé, matin, après les repas, pendant 3 mois

- Kardeic 160 mg - poudre en sachet

1 dose, midi, après les repas, pendant 3 mois

- MON MAG GELULE - Gélule

1 Gélule, matin pendant 30 jours

LOT: 000416  
EXP: 11/2024  
PPC: 87,90 DH

KARDEIC 160MG  
SACHETS B30

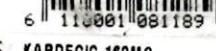
PER.: 21/01/11  
P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

KARDEIC 160MG  
SACHETS B30

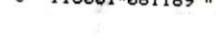
PER.: 21/01/11  
P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

KARDEIC 160MG  
SACHETS B30

PER.: 05/05/2023  
P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

الصيدلية الجديدة  
PHARMACIE NOUVELLE  
13, Place de L' Indépendance  
Tel: 05 24 46 30 87-Safi  
2022

تجزئة الدامج، رقم 4 سيدى واصل - أسفى - Lotissement Damouh, N° 4, Sidi Oussel - SAFI - Tél.: 05.24.65.18.15