

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4812 Société : RAM 116887

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAZRAK SAAD

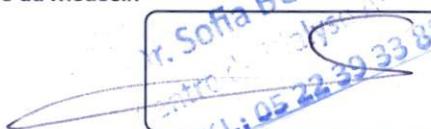
Date de naissance : 24.04.53

Adresse : Rue KERGOMARD, Résidence AMBAR  
INN. B3. APP 9 AIN DIAB - CASA

Tél. : 06.61.31.86.52 Total des frais engagés : 5000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LAZRAK SAAD Age : 24.04.53

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

IRC

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 : 30/05/22

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
30/05/2023			G	Dr. Sofia BOTOU Centre dentaire Télé: 05 22 39 33 88

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Resumé de l'ordonnance Dr. ABBERRAHMANE Rue Kergoar, 22 022 12 12 001	30/05/22	575,60

## ANALYSES - RADIographies

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
		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.

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					DEBUT D'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					FIN D'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

Casablanca, Le: 30.05.2022

M<sup>1</sup> Lazgrak Saad.

164,50

- Esac 20 mg  
95,00x2 1- 0- 0

- Cardinol 25 mg  
57,80x2 1- 0- 0

- L D-Nor 10 mg  
30,70x2 0- 0- 0

- Kardegeic 75 mg  
64,10 0- 1- 0

- A Xiang cine 10 mg  
575,60 1- 0- 1

LOT: 22E001  
PER.: 07/2023

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70

6 118000 061847

LOT: 22E001  
PER.: 07/2023

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70

6 118000 061847

0 IANE

anca

Dr. Sofia BOUGRINE  
Centre de dialyse Al Hanaa  
05 22 39 33 88

**ESAÇ®**  
ésoméprazole **20**  
**mg**

**28 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*



**Voie orale**

144150  
LOT 21015  
PER 10/23  
P/FV 144DH50



LOT : 211118  
EXP : 07/2024  
PPV : 95,00 DH

25  
ملي  
ملي

كاردينور®  
كاردينور®

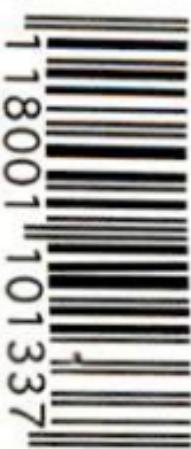
30 x Ø

قرص قابل للكسر



CARDINOR® 25 mg  
30 comprimés sécables

6



COOPER  
PHARMA

LOT : 211117  
EXP : 07/2024  
PPV : 95.00 DH

25  
م

كاردينور®

30x Ø

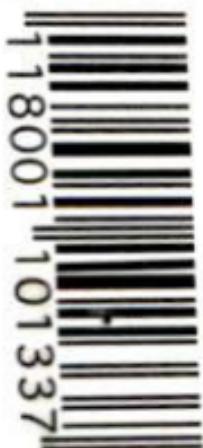
فروصا قابلة للكسر



CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables

6



COOPER  
PHARMA

مدة صالح  
٤٧

LOT : 220041

EXP : 03/2025

PPV : 57,80DH

عن طريق الفم

10 ملغم

لدو-نور

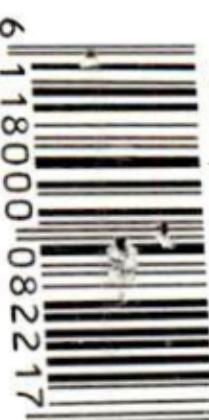
أنتروفالاستاتين

قرصا ملمسا

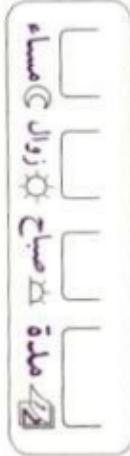
30 X

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



 COOPER  
PHARMA



LOT : 220041

EXP : 03/2025

PPV : 57,800DH

10 ملليلتر

عن طريق الفم

لـ-نور ®  
أثورثاستانين

قرصاً ملبيساً

30 x

LD-NOR 10mg  
30 comprimés p

مساء زوال صباح مدة

COOPER  
PHARMA

العلويات

ج ١٤



١٤

ج ١٤

ج ١٤

®

**AXIMYCINE®** 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 190035

EXP 11/2023