

# 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.



## par camion Déclaration de Maladie

N° M21- 0060120

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8421 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSIME MOHAMED

Date de naissance : 01-07-1947

Adresse : lot AGENCE URBAINE n°86 LISASTA

CASABLANCA

Tél. : 0667280051 Total des frais engagés : 459,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mouhcine DAOUDI  
PNEUMO-PHYSIOLOGUE  
Rés. Camelia, Angle Av. Diouri  
et Rue Md Abdou, bureau 39- kénitra  
Tél: 05 27 36 00 22



Date de consultation : 30/05/2018

Nom et prénom du malade : SAKYAT FARIDA Age: 65

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite aigue

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 : Kenitra Le : 31/05/2018

Signature de l'adhérent(e) : Zehouaty

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ 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
30/05/2022	CS		209.20	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Z. ACHOUK Kharrouba - Tél : 05 77 33 00 22	30/05/22	209.20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

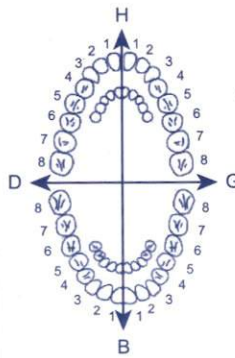
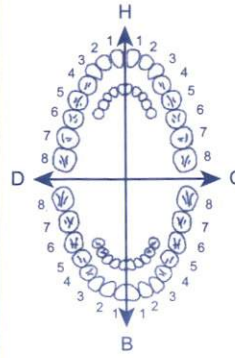
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PNEUMO-PHTISIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat  
Ancien Médecin résident de l'hôpital My Youssef de Rabat  
Asthme - Tuberculose - Allergies respiratoires -  
Sevrage tabagique..



د. محسن داوودي  
أخصائي أمراض الرئة والسل

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط  
طبيب مقيم سابق بمستشفى مولاي يوسف بالرباط  
الربو - السل - الحساسية -  
الإقلاع عن التدخين ..

**KENITRA le : 30/05/2022**

**Mme SAKYAT FARIDA**

## ORDONNANCE

160.00

**1/ Claril cp 500 mg**

1 cp x 2 par jour pendant 07 jours.

31.2

## 2/ Bronchathiol sirop

18.00<sup>1</sup>

1 c a s x 3 par jour pendant 05 jours.

### 3/ Doliprane vitamine C 500

1 cp x 3 par jour.

209.20

**Dr. Mouhcin DAUDI**  
**PNEUMO-PHTISIOLOGUE**  
Rés. Camelia, Angle Av. Ouardi  
et Rue Md Abdou, bureau 39- kénitra  
Tel: 05 37 36 00 22

Pharmacie AZHAROUN  
ZARHLOUL Khaddouj  
Lettis, Azharoune, lot N° 383  
CENTRA - Tél. : 05 35 00 30

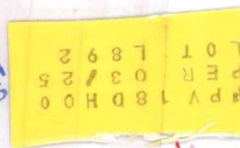
Bureau 39, 3ème étage, résidence CAMELIA 109,  
angle avenue Md Diouri et rue Md Abdou - Kénitra  
(en face de la station winxo et de la conservation foncière)

05 37 36 00 22



PPV 31DH20  
PFR 02/25  
LOT L719

34, 10



18, a

