

# 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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4724 Société : Ram 119889

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : GUEJJAJ Abdellah

Date de naissance : 24/09/59

Adresse :

Tél. : 0649959595 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR NADIA SRIKI  
Permatologue Vénereologue  
AI Qods Bés Les Rosters  
Min 1, Appt 104, Ain Chock  
Casablanca 20000, Maroc

Date de consultation : 24/05/2022

Nom et prénom du malade : GUEJJAJ Khadija Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dermatoses

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.

21 JUIN 2022

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) :

(Signature)



### 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
27/05/2022				DR. Amina RIBOUANE Dentiste en Pharmacie Tél. 0522 52 35 16 Casablanca Lot. Chira Rue 15

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CH Amina RIDOUANE Docteur en Pharmacie Tél. 0522 52 35 16 Casablanca Lot. Chira Rue 15	27/05/2022	526,80

### 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 l'ODF.

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

**Dr. Nada SRIFI****Dermatologue - Vénéréologue****CHIRURGIE - ESTHÉTIQUE - LASERS**

Ancien Médecin à l'hôpital universitaire Suissi-Rabat  
 Ancien Médecin des hôpitaux de Paris  
 Membre de la société Européenne de Dermatologie et de vénéréologie

**Diplômée en :**

Dermatologie pédiatrique (Nice - France)  
 Lasers Dermatologie (Bordeaux - France)  
 Techniques d'injection et de comblement Esthétiques du visage (Paris - France)

**د. ندى اسريفي****طبيبة الأمراض الجلدية والتتناسلية**

جراحة الجلد - الليزر - التجميل

طبيبة سابقة بمستشفى السويسى بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس - فرنسا

عضوة بالاكاديمية الأوروبية لطب الجلد

حاصلة على دبلوم في

الأمراض الجلدية للأطفال (نيس - فرنسا)

طب الليزر (بوردو - فرنسا)

التقويم التجميلي للوجه (باريس - فرنسا)

**ORDONNANCE**

27/05/2022

Casablanca le :

**Patient (e)****Nom - Prénom**

Mademoiselle GUEJAJ KHADIJA

249.00 x 2

**1 ) SOTRET CP 20 mg**

2 comprimé par jour après le dîner pendant 2 Mois

**2 ) ARTELAC COLLYRES**

2 gouttes X 2 par jour pendant 2 mois

**3 ) ACM RISIDINE CREME**

Appliquer matin et midi pendant 2 mois

PPV: 249 DH 00

5184921

يحظى بعيداً عن متناول  
الילדים

PPV: 249 DH 00

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

**BAUSCH + LOMB**  
**Artelac®**  
 Hypromellose 3,20 mg/ml
Date fab /  
تاريخ الصنع  
Date Exp /  
التاريخ المضمن  
lot /  
رقم الحصة

08 . 2021

20 . 2024

921