

# 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.

**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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 2671 Société : R. A. M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SMHA LI LAHCEN

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : LOT SIDI ENNÍ ALWAHDA imm: F4 - app: 4C

Tél. : 0662051470 Total des frais engagés : 393 / 301 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

DR JADDAOUI MED AMINE  
MÉDECIN GÉNÉRALISTE URGENTISTE  
88 RUE EL MADINA BERRECHID  
TEL : 05 22 32 44 88  
INPE : 061181970

Date de consultation : 29/06/2022

Nom et prénom du malade : ANANE Badia Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : H.F.A  Ergosthalgo

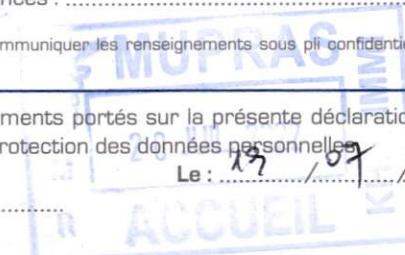
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : BERRECHID Le : 19/07/2022

Signature de l'adhérent(e) : S.Y.



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la validité des Actes
29/06/22		C 1	12.00	DR JADOT GENEVIÈVE MIUACIN GENOUEZ 08 RUE DE MONTAIGNE TEL : 05 22 32 41 10 INPE : 061161978

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. KADIR LALANI 22, bd. Mohamed V/Pres de la Berrechid Tél : 05 22 53 36 05 / 06 01 85 000 Instagram : Pharmacie_2000	29-06-22	273.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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																
				Coefficient des travaux															
				Montants des soins															
				Début d'exécution															
				Fin d'exécution															
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																		
		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient des travaux														
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	Montants des soins
		H	G																
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
<hr/>																			
D		G																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																
			Date de l'exécution																

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg

30 comprimés à Libération Modifiée



6 118001 130184

PPV : 79,90 DH

4010042

CP



# الدكتور جاداوي محمد أمين

خريج كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بالمركز الإستشفائي ابن رشد  
طبيب عام سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

Berrechid, le

29/06/22 برشيد في

AYANE

Boudia

1) 799  
X2 Natrixam 1,5 / 5 mg qd



1 - 0 - 0 PPV: 82 DH 10

ITEL  
Inde  
CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

8200

Rapport de visite

3200

1 - 0 - 1 date 14/5

3)

Noalox

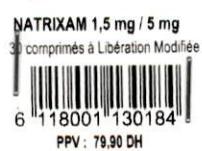


Dr. JADDAOUI MED AMINE  
PHARMACIE ZONE B  
KADRI LAILA ZONE B  
Dr. Mohamed V (Prix de la Mosquée Ouhoud)  
Tél: 05 22 53 36 00 / 06 15 65 25 50

273.50

Dr. JADDAOUI MED AMINE  
PHARMACIE ZONE B  
KADRI LAILA ZONE B  
Dr. Mohamed V (Prix de la Mosquée Ouhoud)  
Tél: 05 22 32 44 88  
88 Rue El Madina - Berrechid  
Tél : 05 22 32 44 88 / GSM : 06 75 37 93 62

14010042



88 - زنقة المدينة - برشيد 88