

# 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~~ 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.

**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 : **9045**

Société : **R.A.M** *12 6107*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**SKI RÉ DJ CHAKIB**

Date de naissance :

**20/06/1958**

Adresse :

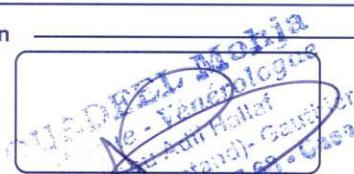
**Romanarie II tour Ishbilia n°15 case**

Tél. : **0663011265**

Total des frais engagés : **300 t. 806,10** .... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**21/06/2012**

Age:

**54**

Nom et prénom du malade :

**SKI RÉ DJ CHAKIB**

Age: **54**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Deja**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

**MUPRAS**

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) :

**R A M**



## 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
24 MAI 2022	13		300	<i>DRS</i>
	23		205	<i>DRS</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie lamia</i> Comptoir BP N° lamia 5 C.D. Casab	25/05/22	806,10.

## 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
		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	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	21433552	
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Arrêt sur  
produits soins  
(LAIT VACHE)

Spécialiste

- Maladies de la peau et du cuir chevelu
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Médecine Esthétique - Cosmétologie

الدكتورة وادفل مهجة

Docteur Ouadfel Mohja

DERMATOLOGUE VENEROLOGUE

اختصاصية في

- أمراض الجلد والشعر
- الأمراض التنسالية
- الطب التجميلي

Casablanca, le .....

24 MAI 2022

SKIRÉDJ CHAVIS



1) Brosse \_ du corps au  
Gel chaleur

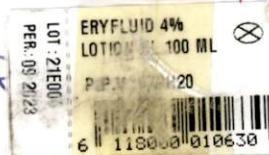
work  
useful  
cuir chevelu

2) Préparation

67,20 - Lotion Eryfluid 1L

43,50 - Spray Aérosol = 1F 43,50

87,10 - ROZEX gel , 2 nos



161,50 On Eptaderm S

Sur avis  
du médecin.

sur rendez vous  
1, rue Abu Adil Hallal  
ex rue Edmond Rostaï

Quartier Gautier - Casablanca

Tél. : (0522) 20 91 17 / 27 17 68

ROZEX 0,75 %  
Gel pour application cutanée tube de 30 g  
AMM N°90 DMP/21/NRQ  
PPV: 87,10 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N° 1,27182 Bouskoura - Maroc

6118001 070510

ROZEX 0,75 %  
Gel pour application cutanée tube de 30 g  
AMM N°90 DMP/21/NRQ  
PPV: 87,10 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N° 1,27182 Bouskoura - Maroc

6118001 070510

1 application

le relin

le fer

→ 10 jms

vaff le fer → Zoj Liss

comptoir

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800



TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800



TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800



TEL Mohja  
Dr. Vétérinaire  
1. Rue  
Talha  
TELEGRAM

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800



69,00 Tefrolysal 300

+ 4

Zoj

le fer au coudeau

— Ketoderm sachet  
84,20.

Maphar  
Bd Alkima N° 8, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V : 84,20 DH

6 118001 181490

Lesso

806,10) sachet à poser 3x3x3  
le rincer et faire

I fer / serviette

— Shampooing TRAUME 25  
2 - fio / serviette