

## 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.

N° W21-711544

126884

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	508	Société :	RAM Vire
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	I. Jijou DAPRIS
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06.61.78.00.02	Total des frais engagés :	Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	22/08/2022	Age:	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
HTA			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22/08/2022

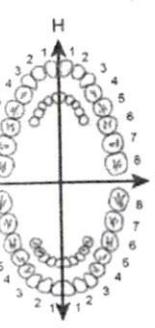
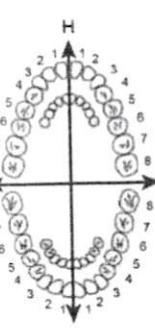


VOLET ADHERENT

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
22/08/2022	c 81 Fcs		300.00	INP : 1234567890 Dr. KHALID SIDDIQI - CASABLANCA TEL: 022 55 41 08

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Lahrimi N. Casablanca</i>	<i>22/8/22</i>	<i>132712</i>

#### **MOLET ADHERENT**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				INP : <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
<b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	D	G	25533412	00000000	21433552	00000000	35533411	00000000	B		11433553
H	D	G														
25533412	00000000	21433552														
00000000	35533411	00000000														
B		11433553														
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Date du devis <input type="text"/>												
				Date de l'exécution <input type="text"/>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																

Dr. ADNAN Khalid  
Cardiologie  
254 Av Mohamed Bouziane 1er étage  
Salama III Sidi Othmane  
20670  
Tel.: 05 22 55 41 08  
Mobile: 06 66 25 12 44 WhatsApp  
Fax: 05 22 55 41 12  
Email: kha\_adnan@yahoo.fr  
00 0 00099 2

le 22/08/2022

Mme Ijjou DARIF

76 ans

6,80 x 3

1) LEVOTHYROX 25 MG

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

2) EXFORGE 5/160 MG

Prendre 1 cigarette le matin, après le repas, pendant 3 mois

3) AVLOCARDYL 40 MG

Prendre 1/2 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 3 mois

4) XYZALL 5 MG

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

5) ZOLPIDOX 10 MG

Prendre 1/2 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

6) TEGRETOL 200 MG

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

7) ZYLORIC 100 MG

Prendre 1 comprimé le matin, 1 jour sur 2, pendant 3 mois

8) LEVOTHYROX Comprimé à 100 µg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 3 mois

8 spécialité(s) prescrite(s)

Dr. ADNAN Khalid

1327.10  
Dr. Khalid ADNAN  
CARDIOLOGUE  
254 Av Med Bouziane Salam N  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél: 05 22 55 41 08

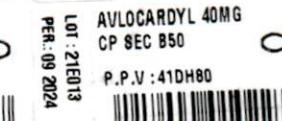
سیدنا علی بن ابی طالب  
Pharmacie AL OSRA  
LAHRICH Abdellatif  
5254 Sidi Amgala Ain Chock Al Inar  
Tél: 05 22 21 71 82 - Casablanca



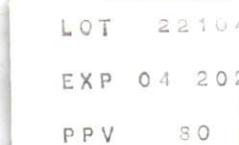
7862160335



7862160342



7862160342



7862160342

45,00

x3

PPV : 45,00

LOT :

PER :

PPV : 45,00

LOT :

PER :

PPV :

LOT :

PER :

LOT : M21142  
EXP : SEP 2024  
PPV : 51,30 DH

LOT : M21142  
EXP : SEP 2024  
PPV : 51,30 DH



7862160342



7862160342