

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-600596

128095

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1376 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

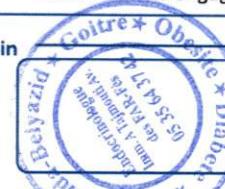
Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 767,72 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 08/08/2022

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
8.8.1692	CS		Curant	INP : 

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 et 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.																
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
			INP : <input type="text"/>													
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	<p><b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b></p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
B		35533411	11433553													
G		00000000	00000000													
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

**Dr. Rachida BELYAZID**

**الدكتورة رشيدة باليزيدي**

Diplômée de la Faculté de PARIS  
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
Nutrition - Obésité - Stérilité - Cholesterol  
Troubles sexuels Hormonaux

خريجة كلية الطب بباريس  
اختصاصية في أمراض  
الغدد. السكر

العقم. التغدية والبدانة(السمنة)

05 35 64 37 42

05 35 64 37 42

Fès, le 8.8.2022 فاس، في

Mme RAHMANI

Fatiha

(85,30x9)  
Glucom 100

III 3 mois

ACP 3x 1g.



✓ 767,70

PHARMACIE MOULAY IDRISI  
Dr SEBTI IKRAM  
Champs de Course Lot. Kenza  
FES - Tél. 05 35 65 10 50



6 118000 170167

Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose

Glucor® 100 mg

30 قرصاً

مضاد للسكر

أكابربروز

100  
گلوكور

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6 118000 170167

Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose

Glucor® 100 mg

30 قرصاً

مضاد للسكر

أكابربروز

100  
گلوكور

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6 118000 170167

Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose

Glucor® 100 mg

30 قرصاً

مضاد للسكر

أكابربروز

100  
گلوكور

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6 118000 170167

Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose

Glucor® 100 mg

30 قرصاً

مضاد للسكر

أكابربروز

100  
گلوكور

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6



Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose



Glucor® 100 mg

30 قرصاً

مضاد للسكر

أكابربروز



LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6



Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose



Glucor® 100 mg

30 قرصاً

مضاد للسكر

أكابربروز



LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6



Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose



Glucor® 100 mg

100

گلور ۱۰۰

اکاربوز

مضاد للسكر

30 قرصاً

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6 118000 170167

Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose

Glucor® 100 mg

30 قرصاً

مضاد للسكر

أكابربروز

100  
گلوكور

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH

6 118000 170167

Bayer S.A.

30 comprimés

Acarbose

Glucor® 100 mg

30 قرصاً

مضاد للسكر

أكابربروز

100  
گلوكور

LOT : M0107  
EXP : SEP 2024  
PPV : 85,30 DH