

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Matricule : 47216

Société : R.A.O

Actif       Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : B. El Boucet

Date de naissance : 01/01/1915

Adresse : 10, Rue El Farabi hay Yasmine

Berrechid

663180297

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin DR TALIBI Hassan

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 SEPT 2022

Nom et prénom du malade : B. El Boucet

Age : 6ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ASCAREZ

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 : 09/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
02 SEPT	2022	-	2000	INP : 051164335 Dr. TAIIBI Hassan 0522 547 574 // 0663 866 810

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YASMINA 77 RUE IBNOU NAFIS HAY Yasmina Berrechid Tél. 05 22 53 31 80	02/09/2028	2195,50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVÉ 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	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"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>										
	H D	G B		Montants des soins <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	Date du devis <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date de l'exécution <input type="text"/>										



Du en Rhumatologie ( Bordeaux - France )  
Du en Dermatologie Interventionnelle ( Rabat )  
Du en Diabétologie ( Bordeaux - France )  
Du en Gériatrie ( Bordeaux - France )  
Du aux Lasers Médicaux À Visée Esthétique ( Paris - France )  
Circoncision - Chirurgie Mineure - Médecine Esthétique

دبلوم في أمراض العظام والمفاصل والعمود الفقري (بوردو- فرنسا)  
دبلوم في الجراحة الجلدية ( كلية الطب - الرباط )  
دبلوم في علاج السكري (بوردو- فرنسا)  
دبلوم في علاج طب الاشخاص المسنین (بوردو- فرنسا)  
دبلوم في الليزر الطبي (باريس- فرنسا)  
الختانة الطبية- الجراحة الصغرى- الطب التجميلي

Berrechid le :

02/09/2022

برشيد في :

**MR BELOUCH MOHAMED**

- 195,00**
- XYFLO 400 mg - Comprimé  
1 Comprimé/jour après repas x 30 جر. / 30 jours
  - Chlorure de sodium 0,9% sothema 0,009 - solution pour perfusion  
4 Flacons
  - Ialuset Creme Acide Hyaluronique 100g  
1 Application 3 à 4 fois/jour jusqu'à cicatrisation
  - MEBO Pommade  
1 application 3 à 4 fois/jour jusqu'à cicatrisation
  - VASELINE OFFICINALE  
1 Application 3 à 4 fois/jour jusqu'à cicatrisation
  - Compresses Stériles
  - Pansement hydrocolloïde Algoplaque  
1 Pansement/jour (30 sachet)
  - CICAPLAST SPRAY B5 SPRAY  
1 Application /jour au changement du pansement

Lot N°  
Exp  
PPV

07/2022  
**195,20**  
F 195 DH 20

ZENITH Pharma  
PPC: 175,00 DH

Conserver à une température  
Ne pas laisser à portée  
Pour les indications, lire  
PPV: 140,00 Dhs



LOT: 220611  
PER: 10~2024  
PRC: 15,900DH

LOT:220611  
PER:10~2024  
PPC:15,90DH

540403  
04/24



3 337875 735742

Les consignes peuvent varier localement • Instructions may vary locally • Anweisungen zur Mülleimerfindung können regional variieren

• Anweisungen zur Müllabfuhr können regional variieren  
**e 100 ml/100 g**  
 Distribution réservée aux dépositaires  
 agréés La Roche-Posay. Made in France.  
 La Roche-Posay Laboratoire Dermatologique  
 CAIL 86270 La Roche-Posay, France  
 TSA 75000 93584 ST OUEN CEDEX FR  
[www.laroche-posay.com](http://www.laroche-posay.com)