

# 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.

**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)

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9165 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DARKAOUI Saïda E. Haidy

Date de naissance : 20/04/1966 à kaïsa

Adresse : Haj Fath 5 N° 29 E. Saïsa

Tél. 0707773298

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/08/2022

Nom et prénom du malade : Haidy Ayai Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Hémorroïd + Dermatose

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

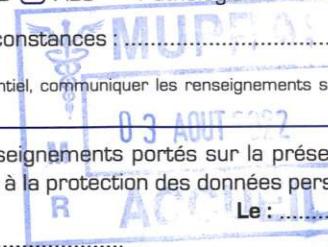
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) : .....



## 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
05/08/2022			01 = 100,0000	TA 54 K Honoraires 023034150000

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cahier du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/08/02	T = 436,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction].**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale  
Diplomée en Echographie  
par l'Université Hassan II  
Médecine de travail

الطب العام  
دبلوم الفحص بالصدى  
من جامعة الحسن الثاني  
طب الشغل

Casablanca, le : 05/09/2022  
الدارالبيضاء، في :

Haidy Ayja -

- 201,00 1) Daffou 1000 ⚡ 5.1
- 16,00 14x3/1 T apf x 10 J  
19,30 2) Titane pour 80 J
- 34,00 3) Osmo 80 ⚡ 174
- 02c) T de 101 apf



4) Neuprop 100 B4

86,70 Rogel 1 Pelle X4 Pelle =

5) Dermofix Spray

S.V

1 Nett X21 28 x Anuf

T= 436,00

Dr. ARAFA SAKINA  
Médecine Générale Endocrinie  
200, route Séboulli, Rue 174 N 66  
Tunisie 105 22 81 12 77  
INP: 001 01 18 73 / ICE: 00210341500024

PHARMACEUTIQUE  
TUNISIENNE  
TUNIS  
Lot Zouhir  
Tunis  
0322893494

LOT: 211022  
PER: 09-2024  
PPV: 16,00DH

LOT: 220324  
PER: 03-2025  
PPV: 19,30DH

201,00

LOT 210044  
EXP 11/24  
PPV 39DH50

80,70

PPV  
34DH00

LOT 210044  
EXP 11/24  
PPV 39DH50