

# 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

- Reclamation : 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.

M22- 0013349

139423

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08769

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : EX-AGENT

Nom & Prénom : BAKHOUCH ABDESLAM

Date de naissance : 21-07-1966

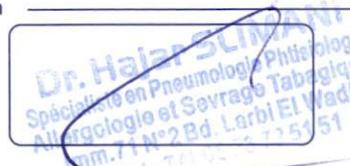
Adresse : 54 LOT EL QODS SETTAT 26000

Tél. 06.61.11.24.70

Total des frais engagés : 209,30 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : NAOUFAL BAKHOUCH Age: 24

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA

Le : 19/09/2022

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
19/09/22	C	1	C	<i>[Signature]</i>
				<i>[Handwritten notes in French]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Roen Ahine Sattal Té: 03.21.10.69.53 IN: 062061312	19/09/22	209,30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte

Lot N° :

210-19

Exp :

03/24

PPV :

115DH90

ECOCLOV® 1g/125 mg  
Amoxicilline/Acid clavulannique  
16 sachets  
PROMOPHARM s.a.  
6 118000 242277

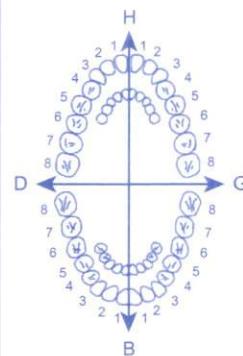
8 032578 477337

Lot:  
À consommer  
avant le:  
03/2025  
PPC: 79,00 DH

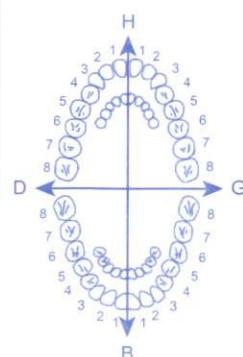
D'EXECUTION

PPV 14DH40  
PER 07/23  
LOT K2004

Doliprane® 1000 mg  
PARACETAMOL  
10 SUPPOSITOIRES  
6 118000 040323



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr.Hajar SLIMANI**

Diplomée de la Faculté de Médecine

de Rabat

Spécialiste de L'appareil respiratoire

Maladies allergiques- Asthme - Tuberculose

Sevrage tabagique-Test cutanés

Explorations fonctionnelles respiratoires

Bronchoscopie



**د.هاجر سليماني**

خريجة كلية الطب

باليهاد

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفس

الحساسية - الصبيحة - داء السل - الإقلاع عن التدخين

اختبارات الجلد - الكشف الوظيفي التنفس

فحص الرئة بالمنظار

• 19/9/22

115,90

Pv Béchir Nafal

1) Eascler syg

79,00

1s + 2nd 8

2) Apixel syg

1ccs + 3rd 8

54,40

3) Orlip 1-2-8 syg

1spf / 2hrf

PHARMACIE R. Ben Abdellah  
Tél: 02.21.40.69.53  
INP: 2.062.06.12.12

T : 209,30

Hajer SLIMANI  
Spécialiste en Pneumologie Physiologie  
et Sevrage Tabagique  
n°71 N°2 Bd Larbi El Wadi  
Settat 23000 Maroc

شارع العربي الوادي - سطات 71 رقم 2 عمارة

Dr.hajarslimani@gmail.com / الهاتف: 0523725151