

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 0878

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : *épouse*

Nom & Prénom : ALINE Abdeslam

Date de naissance : 1942

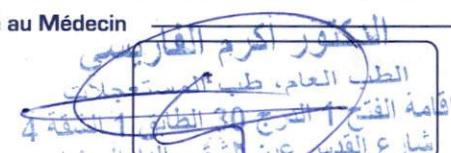
Adresse : 444 Nef Abdellah Rue 269 N° 19 Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés : 634,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/2019

Nom et prénom du malade : ALINE Polins

Age: 68

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

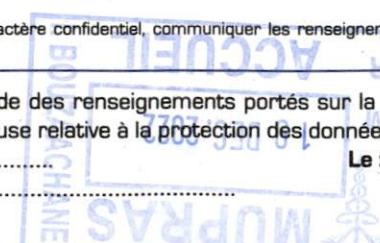
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

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
16.12.22	Co.		# 2000/-	الدكتور ابراهيم الفارساني الطب العام - المختلط - العيادة 1 الطب العام - المختلط - العيادة 1 الطب العام - المختلط - العيادة 1 الطب العام - المختلط - العيادة 1

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SEFROU</b> Jamal ESSAFIR 259, Boulevard Sefrou Ain Chock Sefrou Tel.: 0522 21 81 26 - Casablanca 	10/12/22	434,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Akram EL FARISSI

Médecin Généraliste

Médecine Générale - Médecine d'urgence  
Echographie - Electrocardiogramme

الدكتور أكرم الفارسي

طبيب عام

الطب العام - طب المستعجلات  
الفحص بالصدى - تخطيط القلب

Casablanca le : 14 DEC 2022

**Ordonnance**

Mme AMINE FATIMA

37.00

DUOXOL 500/2 MG COMPRIMÉ SÉCABLE BOÎTE DE

1 cp x 3/jr pendant 7 jours

28,80

VITANEVRIL FORT COMPRIMÉ DRAGÉIFIÉ BOÎTE DI

1 cp x 3 /jr pendant 10 jours

95,00

extramag cp

1 cp / jr pendant 1 mois

89,50

NEWFLEX ROLL ON

1 app x 2 /jr pendant 10 jours

49,60x2

D-CURE 100.000 amp

1 amp / 15 jours pendant 2 mois

PPV	37,00
LOT	28,80
PER	
N° de lot :	
PPC = 95,00 DHS	10/20
	10/20
	09/20

ISOPHARM

NEWFLEX GEL  
CHAUFFANT

89.50 dhs

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H22  
EXP: 08/2025

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H22  
EXP: 08/2025

LOT 211483  
EXP 04/2024  
PPV 42.00DH

BOTTU SA  
PPV: 43 DH 40

42,00

KALEST 20 MG GÉLULE EN MICROGRANULE BOÎTE DE 14

1 gel /jr pendant 2 semaines

43,40

CICADERMA POMMADE TUBE DE 30G

1 app x 2/jr pendant 7 jours

434,90

الدكتور اكرم الفارسي

الطبيب العام متخصص المستعجلات

اقامة الفتح 1 الدرج 30 الطابق 1 المفتوحة 4

شارع القدس عين الشق - الدار البيضاء

6.V

PHARMACEUTIQUE  
SIDI MOULAY ABDELLAH  
259, Boulevard Sidi Moulay Aïn Chock  
Hay Moulay Aïn Chock  
Tél: 0522 21 81 26 - Casablanca