

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 3180 Société : RAM (RETR)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABRI Saïd

Date de naissance : 05.11.52

Adresse : 64 Rue Leggeizafourne

B1 LA GIRONDE 1484

Tél. : 0666 81 81 64 Total des frais engagés : 300 + 294 + 294 = 888,00 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26.10.2017

Nom et prénom du malade : SABRI Saïd Age : 69 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Myélite Inflammatoire + Gencivite

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Maladie de Loup

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 : 21 DEC 2017

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

## 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
25/10/22	Q		300 DH	Centre Universitaire Ibn Rochd Casablanca Dr. Assistant ALLAOUA ABDELLAH Médecine Interne

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25.1.01/22	588.00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SQINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية  
Ordonnance

25-10-2002

Casablanca, le :

Dr. Sabri Saïd

294.00x2 Tunnel 50



150x 31.

588.00

in 3 mos

Dr.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. Assistant ALL QUI ABIRE  
Médecine Interne

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé  
Boîte de 100  
AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ  
PPV: 294,00 DH  
Distribué par Laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Sous licence des laboratoires ASPEN



6 118001 071456

Imurel® 50 mg - comprimé pelliculé

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - Liste I.

Médicament autorisé n°



6 091403 200726

Azathioprine 100 comprimés pelliculés

Imurel® 50 mg



LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Imurel® 50 mg

Azathioprine

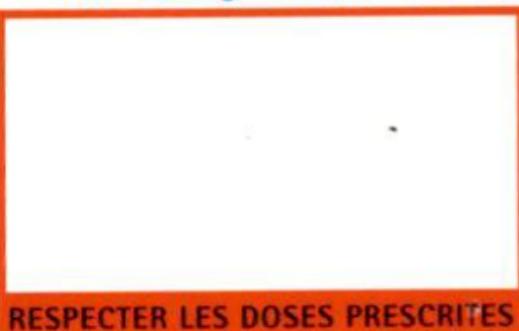
AL  
11

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé  
Boîte de 100  
AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ  
PPV: 294,00 DH  
Distribué par Laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Sous licence des laboratoires ASPEN



6 118001 071456

## Imurel® 50 mg - comprimé pelliculé



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - Liste I.

Médicament autorisé n°



6 091403 200726

Azathioprine 100 comprimés pelliculés

Imurel® 50 mg



LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Azathioprine

AL  
11

aspen

Date : 25/10/2022

Quittance - Paiement espèces 0719435

IPP : .....

N° D'admission : 220058194 Montant : 300 HT

Patient : Sabri Said



## FACTURE

N° 138.962 / 2022 du 25/10/2022

Nom patient : **SABIRI SAID**

Entrée 25/10/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 25/10/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE MEDECINE INTERNE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>300,00</b>
TROIS CENTS DIRHAMS		

Encaissements						Total encaissé	Solde
							300,00