

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 : 10308

Société : R.A.M.

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : Bougaddou Fatima

Date de naissance :

Adresse : Al firdaus App 7 THB 8 Etg 02 oufia

casa blanca

Tél. : 06024167656 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**ROUSSI ABDELFETTAH**  
Pédiatre - Neuropédiatre  
Allopathie - Homéopathie  
Rés. AL FIRDAOUS Imm. 16 App. 2  
Boulevard Administratif Casablanca  
Tél : 06 61 17 19 80

Date de consultation : 05/10/2022

Nom et prénom du malade : RAFIK ABBAS

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

pharyngite

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr. H. A. DELAZIA 0522 90 21 61	05-10-22	191,10

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

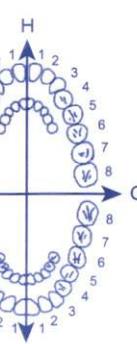
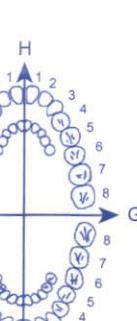
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NIFLURIL

NIFLURIL

adulte

PPV 30DH20

EXP 09  
LOT 16

PPV 30DH20

EXP 09/2024  
LOT 16103 2

العيادة AL FIRDAOUS

الدكتور عبر الفتح  
طبيب الأطفال والرضع  
الطب المثلثي

تشخيص وتتبع الريبو والحساسية  
الفحص بالصدى "اليوكوغرافيا"

14/HJ

PPV 14DH40  
PER 05/20  
LOT L1719

que

le - 06-10-22

RAFIK ARIJ

Oroken (SV) 200 mg

M630 14



Doliprane (SV) 500  
1440

6040 15 / 8 p si j'accuse 30 x 2

10119 Niflumil supp. 2x1 x 6

AL FETTAH  
Allopathie - Neuropathie  
Pédiatrie - Chirurgie  
58, Route Hay Thami Hay Hassani  
Dr. TIR Abdelaziz  
Tél: 0522 89 2167  
Res. AL FIRDAOUS Imm. T16 Apt. 2  
Boulevard Abdellatif Ben Yousfi 22 8940  
Tel: 06 61 17 49 28

NB : le RDV de contrôle ne dépasse pas ..... jours

Préfecture Hay Hassani : Imm. T016 Résidence Al Firdaous - Appt. n°2  
Bd. Nakib Med Taib Naciri (près de tribunal justice de la famille) - Casablanca  
Tél.: 0522 89 40 40 - Gsm : 06 61 17 49 28 • E-mail : a.rouissi@menara.ma  
Taxe Professionnelle : 36036213