

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-582581

142399

|  |  |                                  |                                 |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie                | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                              |  |                                  |                                 |
| Matricule :  | 00683  | Société : RAM                    |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                             | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : AOUAD M'HAMED                               |  |                                  |                                 |
| Date de naissance : 11-12-1943                             |  |                                  |                                 |
| Adresse : 25C Bd DE BORDEAUX ET 5<br>APP n° 10 CASABLANCA  |  |                                  |                                 |
| Tél. : 06 63 18 82 44 Total des frais engagés : 447,00 Dhs |  |                                  |                                 |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin :   |  |  |  |
|    |  |  |  |
| Date de consultation : 01/12/2022   |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : AOUAD M'HAMED Age : 79 ans  |  |  |  |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant                                  |  |  |  |
| Nature de la maladie : Maladie chronique  |  |  |  |
| 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 : 22/12/2022  
Signature de l'adhérent(e) :



#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
|                                |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | 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 | INP : <input type="text"/>                   |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |   |
|------------------------------|--|------------------|-------------|--|----------|----------|----------|----------|--|----------|----------|----------|----------|----------|--|---|
|                              |  |                  |             | Coefficient des travaux <input type="text"/> |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |   |
|                              |  |                  |             | Montants des soins <input type="text"/>      |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |   |
|                              |  |                  |             | Début d'exécution <input type="text"/>       |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |   |
|                              |  |                  |             | Fin d'exécution <input type="text"/>         |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                  |             | Coefficient des travaux <input type="text"/> |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |   |
|                              | <p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> </table> |                  |             | 25533412                                     | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <b>D</b> |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <b>B</b> |  | Montants des soins <input type="text"/> |
| 25533412                     | 21433552   |                  |             |  |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |   |
| 00000000                     | 00000000   |                  |             |  |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |   |
| <b>D</b>                     |  |                  |             |  |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |   |
| 00000000                     | 00000000   |                  |             |  |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |   |
| 35533411                     | 11433553   |                  |             |  |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |   |
| <b>B</b>                     |  |                  |             |  |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |   |
|                              | <p style="text-align: center;"><b>G</b></p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |             | Date du devis <input type="text"/>           |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |   |
|                              |  |                  |             | Date de l'exécution <input type="text"/>     |          |          |          |          |  |          |          |          |          |          |  |   |

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur RACHID EL HACHMI

CARDIOLOGUE-STIMULISTE

DIPLOME DE LA FAC. DE MEDECINE-RENNES  
FRANCE  
222 BD ROUDANI -MAARIF-CASA

CASABLANCA, le : 19/10/2022

Ordonnance

M. AOUAD M'HAMED

134,50

1° CO-IRVEL 150/12.5

:1cp matin 1j/2

316,00

2° PLAVIX

27,70

3° CARDIOASPIRINE

43,20

4° ZYLORIC 300

157,10

5° NOLIP 10

72,00

6° DETENSIEL 10

50,60 x 2

7° PRINCIB F

851,70 QSP 3 MOIS

:1cp matin

:1cp midi

:1cp soir 1j/2

:1cp matin

:1cp matin et soir

INPE 09204355

PHARMACIE MY YOUSSEF  
Salma CHERIF D'OUAZZANE  
139, Boulevard My Youssef  
Docteur en Pharmacie  
Salma CHERIF D'OUAZZANE  
139, Boulevard My Youssef  
Casablanca - Tél: 05 22 22 22 25

316,00 x 1

Cardiospirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V. : 316,00 DH

6 118001 081257 257

DETENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
7862160236

Distribué par Cooper Pharma

LOT 222077  
EXP 02/24

PPV 50,60 DH  
LOT F976 PER 10/25  
comprimés enrobés

50,60

PPV 50,60 DH  
LOT 01/22 PER 01/23

Dr. Rachid EL HACHMI

CARDIOLOGUE

222, Bd. Brahim Roudani

Tel: 05.22.99.18.78 - CASABLANCA

Dr. Rachid EL HACHMI le 18/10/23

CASABLANCA, MAROC

05.22.99.18.78 : - Email : ra\_hachmi1@yahoo.fr

PHARMACIE MY YOUSSEF

SELMA CHERIF D'OUAZZANE  
139 BD MOULAY YOUSSEF  
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35405678

N° R.C. : 311840

N° ID.F. : 40100310 N° ICE: 001597613000058

N° CNSS : 6387733

Tel : 022222725

Fax : 022480768

AOUD MHAMED

I.C.E. :

Le : 22/12/2022

FACTURE N°: 9060/22

| Qté | Désignation            | Prix   | Montant |
|-----|------------------------|--------|---------|
| 2   | PRINCI B FORT COMPS.30 | 50.60  | 101.20  |
| 1   | PLAVIX 75MG 28CPS      | 316.00 | 316.00  |

TVA 7%: 6.62 Total : 417,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUATRE CENT DIX SEPT DIRHAMS ET VINGT CTS

PHARMACIE MY YOUSSEF  
Selma CHERIF D'OUAZZANE  
Docteur Salma Youssef  
139, Boulevard My Youssef  
Casablanca - Tel: 05 22 22 27 25