

# 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

- Réclamation : 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- 0009973

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R.00.202

Société : Esc / Rabat

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HADDAD

M'Barek

143717

Date de naissance : 1925

Adresse : secteur 4 B Rue EL Arhar N° 247 Tébouquet sole

Tél : 06 64 59 14 33

Total des frais engagés : 2546,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. AZEROUAL Zahra**  
Médecin Spécialiste en Psychiatrie  
INPE : 101264810  
Tél : 05 30 00 06 13

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/01/2023

Nom et prénom du malade : EL HADDAD M'BAREK Age : 98

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Trouble psychiatrique

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Trouble psychiatrique

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 : Sule

Le : 05/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : El



## 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
02 JAN. 2023	CJ	6	+3050DH+	Dr. ZEROUAL Médecin Spécialiste en psychiatrie NPE : 101264810 05 30 00 0613

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيادلة المامورة PHARMACIE LA MAMORA Dr. Zakaria BENTAHAR Secteur 4, Imm. Ata Allah, N° 13 Salé Tabriquet, Tél.: 0537 85 40 87 INPE: 102073970	09/01/2023	2246,90

## 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
		AM	PC	IM	IV	

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV:39DH80  
PER: 05/25  
LOT: L1663

PPV:39DH80  
PER: 09/25  
LOT: L2655

PPV:39DH80  
PER: 09/25  
LOT: L2832

PPV:39DH80  
PER: 03/25  
LOT: L1162

Laroxyl® 40 mg/ml  
Amitriptyline  
Gouttes buvables 20 ml

MEDIZAPIN® 5 mg  
30 comprimés

PER: 04/2025  
PPV: 167 DH 40

6 118001 150946

9 MEDIZAPIN® 5 mg  
30 comprimés

LOT: 044  
PER: JUN 2024  
PPV: 167 DH 40

6 118001 150946

Imovane 7,5 mg  
Comprimés pelliculés

movane 7,5 mg  
comprimés pelliculés

ORDONNANCE

02 JAN. 2023

سلافى:

MS EL HADDAD

MBAREK

① Medizapin 05 mg cp 3x167,40 = 502,90

3x180,00 = 540,00

② Fluoxet 2 mg cp 1: 03/01/23  
1/1994/1969

4x39,80 = 159,20

③ Laroxyl gt 60: 03/01/23  
3x284,00 = 852,00

④ Dozyl 05 mg cp: 03/01/23  
3x23,00 = 69,00

⑤ Temesta 2 mg cp: 03/01/23  
3x41,50 = 124,50

⑥ Imovane 7,5 mg cp: 03/01/23  
3x167,40 = 502,90

Durée de traitement : 3 mois

Prochain RDV : 03/01/23  
T=2246,90

+212-694 67 22 22  
Société d'Imprimerie et de  
Fabrication - Tel: 037 810 810

PHARMACEUTIQUE  
Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue

طريق الثاني، بطانة سلا.

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50

P.P.V: 23DH00

6 118000 011569

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50

P.P.V: 23DH00

6 118000 011569

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50

P.P.V: 23DH00

6 118000 011569