

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0017687

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 482

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

AMR. RAHAL

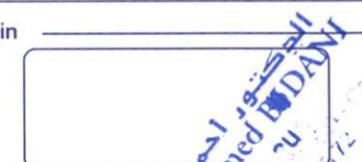
Date de naissance : 1941

Adresse : HAY Salmia 2 Rue 32 TM 28 N° F

Tél. : 0675334338 Total des frais engagés : 410,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/01/2021

Nom et prénom du malade : AMR. RAHAL Age : 79

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTN

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 :

Le : 13 JAN 2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## 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.

## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/01/2023      | Acte 1            | 5                     | 60                              | Docteur Ahmed Amine  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE CASABLANCA<br>me EL AAL QUENOUN BISSAM<br>220, av. Sidi Abdellah<br>Salma 2 - Casablanca<br>Tél: 05 22 38 01 47<br>ICE : 002115854000092 | 13/01/2023 | 410,31 D              |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

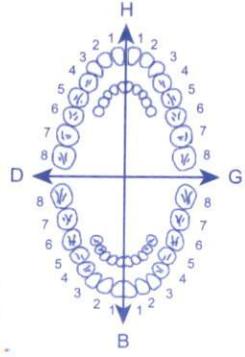
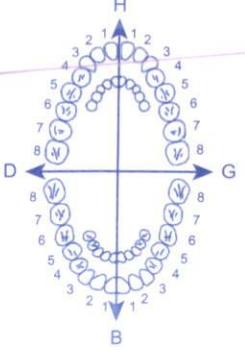
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

## 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.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées                   | Nature des Soins | Coefficient                      |  |  |
|---|----------------------------------|------------------|----------------------------------|--|--|
|              |                                  |                  |                                  | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b><br><br><b>MONTANTS DES SOINS</b><br><br><b>DEBUT D'EXECUTION</b><br><br><b>FIN D'EXECUTION</b><br><br><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b><br><br><b>MONTANTS DES SOINS</b><br><br><b>DATE DU DEVIS</b><br><br><b>DATE DE L'EXECUTION</b> |  |
|            |                                  |                  |                                  |  |  |
| <b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b>  |                                  |                  |                                  |  |  |
| <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |                                  |                  |                                  |  |  |
| H   | 25533412<br>00000000<br>35533411 | G                | 21433552<br>00000000<br>11433553 |  |  |
| D   | 00000000                         | B                | 00000000                         |  |  |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                  |                  |                                  |  |  |
|   |                                  |                  |                                  |  |  |
|   |                                  |                  |                                  |  |  |
|   |                                  |                  |                                  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE FADILA CASABLANCA**  
 Mme FILA  
 220, Boulevard Al Joulane  
 Salma 2 - Casablanca  
 Tél.: 05 22 38 01 47  
 ICE : 00212 58540002  
 Docteur Ahmed FADANI  
 توندو جاندران  
 Tel: 0522310722

# ORDONNANCE

Casa, le: 13/01/23

N<sup>o</sup> AMRI RAHHAL

20,80 x 2  
41,60

1/ Glucoph

181,80 x 2  
36,36

1/2 Pulmo-FLuide (2)

34,70

3) S-CORT 20mg

30,80

4) Zyloric 200mg

51,00

5) Tanganil 500mg

13,20 x 2  
26,40

6) Inongan (2)

Conseils légères de fuites de la  
A répéter plusieurs fois  
A.M.M. N° : 265 : 265  
P.P.V : 13,20 DH 20 DH

58,100<sup>x2</sup>  
116,20

f) INDOCOLLYNE 91% (3)

14,30

g) RHIN

19,30

g) TITI

39,70

h) Fuci

LOT : 220436  
EXP : 03/2025  
P.P.V : 14,30 DH  
LOT N° : UTAV.

LOT : 221502  
PER : 10-2025  
P.P.V : 19,30 DH

فوسيلين 2%  
مرهق أنيوب من 15 غ

1 39,70.  
U.T.A.V:

P.P.V (DH):

34,70

توندو جاندران  
Docteur Ahmed FADANI  
Tel: 0522310722

20,80

INDOCOLLYRE 0,1%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270088

PPV : 58,00 DHS

LOT/ج.  
FAB/ص.  
EXPI/ش.

02-2022  
07-2023

INDOCOLLYRE 0,1%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270088

PPV : 58,00 DHS

LOT/ج.  
FAB/ص.  
EXPI/ش.

02-2022  
07-2023

PPV (DH) :

LOT N° :

JT. AV. : 18,00

PPV (DH) :

LOT N° : 18,00

UT. AV. :

⊗ Tanganil® 500 mg  
تاجانيل® 500 ملغ  
30 comprimés - قرص 30  
728860  
VTE : MA - PPV : 51DH00

LOT 220686  
EXP 03 2026  
PPV 31.30