

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

## 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- 0053988

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4812

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAZRAK SAAD

Date de naissance : 24.04.53

Adresse : Rue KERGOMARD - Résidence AMBAR Impr. 3

Appart. N°9 A/N DIAB. CASABLANCA

Tél. : 06.61.31.86.52 / Total des frais engagés : 849,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16.01.2023

Nom et prénom du malade : LAZRAK SAAD

Age : 69 ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :  Affection chronique

Pathologie : IRC

Affection longue durée ou chronique  ALD  ALC

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'exhaustivité 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 : 16/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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
16/11/23	CS	Gradw		33888888888888888888888888888888

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **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
		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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le: 16/1/2023

M<sup>1</sup> Lazgria Saad

S.V.

107,70 x 2

- Cacit 1000

polt 2 mois

57,80 x 2 0 - 1 - 0

- LD - Nor 10 mg S.V. polt 2 mois

30,70 0 - 0 - 1

- Kardegeic 75 mg S.V. polt 1 mois

244,00 x 2 0 - 1 - 0

FARAHMANE

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
SKIRREDDI Roukia  
15 - 16 Rue Kergomar  
Résidence Almar - Casablanca  
Tel. 022 79 79 01

SIDI ABDERRAHMANE  
DJ Roukia  
Rue Kergomar  
Almar - Casablanca  
022 79 79 01

849,70

S.V.

S.V.

L01 : 22E006  
PER. 30/04/2024  
KARDEGIC 75 MG  
SACHETS 830  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

CDH  
Centre de Dialyse et  
Nephrologie  
Casablanca

10, Rue Sigelmassa Hay El hanaa - Casablanca

Tél: 05 22 39 33 88 - Fax: 05 22 39 26 43 - E-mail: cdhcасабланка@gmail.com

ICE: 001777538000037 IF: 14499817 CNSS: 9807796 INPE: 090061656

LOT : 221192  
EXP : 09/2025  
PPV : 57,80DH

عن طريق الفم  
**10 ملغم**

نور-لـد ®  
أسيتوفالاستاتين

قرصا ملبيسا

30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



**COOPER**  
PHARMA

مدة صلاحية زوال  
مساء

LOT : 221192  
EXP : 09/2025  
PPV : 57,80DH

عن طريق الفم  
**10 ملغم**

نور-لـد ®  
أسيتوفالاستاتين

قرصا ملبيسا

30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



**COOPER**  
PHARMA

مدة صلاحية زوال  
مساء

calcium

# Citruun®



6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH  
ALLGÄU 36 - 8400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 107 DH 70



LOT 2021588  
EXP FEV 2025

calcium

# Citruun®



6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH  
ALLGÄU 36 - 8400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV : 107 DH 70



LOT 2021588  
EXP FEV 2025

# FerMed® 100mg/5ml فيرميد®

Solution pour injection /  
Solution à diluer pour perfusion.

محلول للحقن /  
 محلول للتخفيف من أجل التسريب

Complexe fer saccharose

مركب الحديد و السكرورز

A utiliser par voie intraveineuse.  
Lire la notice avant utilisation.

يستعمل عن طريق الوريد  
 إقرأ النشرة قبل الاستعمال

Solution pour injection ou  
solution à diluer pour perfusion.

محلول للحقن /  
 محلول للتخفيف من أجل التسريب

5 ampoules de 5 ml.

5 أمبولات من فesse 5 مل

MEDICE



Fermed® 100mg/5ml  
complexe fer saccharose  
5 ampoules de 5ml



P.P.V: 244.00 DH

# FerMed® 100mg/5ml فيرميد®

Solution pour injection /  
Solution à diluer pour perfusion.

محلول للحقن /  
 محلول للتخفيف من أجل التسريب

Complexe fer saccharose

مركب الحديد و السكرورز

A utiliser par voie intraveineuse.  
Lire la notice avant utilisation.

يستعمل عن طريق الوريد  
 إقرأ النشرة قبل الاستعمال

Solution pour injection ou  
solution à diluer pour perfusion.

محلول للحقن /  
 محلول للتخفيف من أجل التسريب

5 ampoules de 5 ml.

5 أمبولات من فesse 5 مل

MEDICE



Fermed® 100mg/5ml  
complexe fer saccharose  
5 ampoules de 5ml



6 118001 360031

P.P.V: 244.00DH