

# 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° W21-783402

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13231	Société : RAM 2146875		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : IFKIREN AYOUB			
Date de naissance : 28/10/1995			
Adresse : Appt N°4, Immeuble Assaoussane, Résidence Rotes Californie - Casablanca			
Tél. : 06 22 46 56 36	Total des frais engagés : 325.00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 18/01/2023			
Nom et prénom du malade : IFKIREN AYOUB Age: 27			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : bronchite			
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  
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 23/01/2023

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
18-01-12	1.1		200,00	INP : 0911121339

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Numero de l'Ordre	Date	Montant de la Facture
1811143052231	18/11/23	125,00 DH

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient													
				INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>																
		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
B		35533411	11433553														
G		00000000	00000000														
				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"/>													
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																	



Docteur Akram EL FARSSI

Médecin Généraliste

Médecine Générale - Médecine d'urgence

Echographie - Electrocardiogramme

الدكتور أكرم الفارسي

طبيب عام

الطب العام - طب المستعجلات  
الفحص بالصدى - تخطيط القلب

10.11.2023

Casablanca le : .....

### Ordonnance

Mr IFKIREN AYOUB

ACLAV 1 G/125 MG POUDRE POUR SUSPENSION BUV

DE 14

1 SACH X 2 / JR pendant 7 jours

15,30

Vitamine C 1000 mg

1 cp / Jr pendant 10 jours

29,00

DOCIVOX Sirop

1 cam x 3/jr pendant 5 jours

40,70

LOREUS 5 MG

1 cp/jr pendant 10 jours

20,00

DOLIGRIPPE SACH

1 sach x 3 / jr pendant 4 jours

18,50

MEDECINE  
Générale  
الطب العام

05 22 52 26 67  
en cas d'urgence  
06 60 70 91 21  
05 22 21 87 78

contact@dr-elfarissi

Vita C 1000°

PPU 15DH30  
EXP 10/2025  
LOT 2N040 14

Pharmacie BENMOUSSA  
26, Av. Cd. Driss El Harrach  
38-67 - Casablanca  
C. 116 Djemaa  
Jamaa  
Télé

PPU 40DH70  
PER 09/24  
LOT L3103-2

DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Médicament de Pharmacovigilance

8 Sachets Granulés

PPU:20DH00  
PER:12/25  
LOT:L4125



6 118000 041566