

# 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

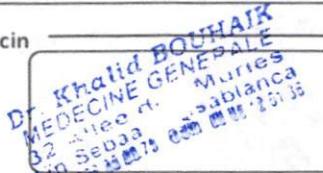
- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

147488

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11048	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MATTOUKI Chafija
Nom & Prénom : MATTOUKI Chafija			
Date de naissance : 21/02/1977			
Adresse : Rue Abdellah Ben Yousouf Batis Rés. Les Jardins d'Aïn Séba Apt 6B, 1 <sup>er</sup> étage (ASA)			
Tél. : 0643146800 Total des frais engagés : 203,50			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	25/01/2023
Nom et prénom du malade :	MAROUFI LYZAIF
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	
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'atté	
médecin conseil de la Mutuelle.	
	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 25/01/2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>pharmacie HAY KARAM</b> <u>98 Bis Av. C Hay Karam</u> <u>Q.I. Sidi Bououssi - Casab</u> <u>Tél : 0527 55 93 82</u> <u>INPE : 092031046</u>	<u>25/01/2023</u>	<u>₾ 159,50</u>

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates the left hemisphere of the human brain. The top edge is labeled 'H' (frontal lobe). The bottom edge is labeled 'P' (occipital lobe). The left side is labeled 'D' (dorsal/superior) and the right side is labeled 'G' (ventral/inferior). The brain is depicted with a grid of numbered circles (1-8) arranged in a curved pattern, representing gyri (ridges) and sulci (grooves).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr Khalid BOUHAÏK

Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Casablanca  
Médecine Générale  
Les Urgences  
ECHOGRAPHIE • ECG  
Oxygènothérapie



الدكتور خالد بوحایك

خريج كلية الطب بالدار البيضاء  
الطب العام . المستعجلات . الفحص بالصدري  
تخطيط القلب . أوكسجين

Casablanca, le

25/07/22

الدار البيضاء في



دكتور خالد بوحایك

86,40

Thiophan 500 mg



7 f2 3 (x6:1)

45,00

No-Spa ml.

7 f2 3



28,10

No-galein

81 P  
7 in 8 + 3



T = 159,50



البيضاء الهاتف : 05 22 35 06 75 • الهاتف المتنقل : 06 62 12 61 36

32, Allée des Muriers Aïn Sebaâ - Casablanca. Tél.: 05 22 35 06

~~THIOBA~~

Thiamphénicol

THIOBACTIN 500MG  
CP 824

PER.:04/2025 P.P.V:86DH40

6 118000 061526

