

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00.1604

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Tadili Sidi HAMID

Date de naissance : 16.07.1949

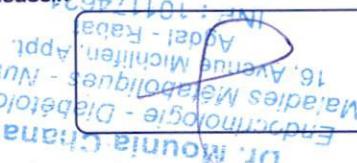
Adresse : 06, Av. Abdelkrim KHATTAB - Rabat

Tél. 06.61.39.14.84

Total des frais engagés : 1.08,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/11/2012

Nom et prénom du malade : Tadili Sidi Hamid Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète de type 2

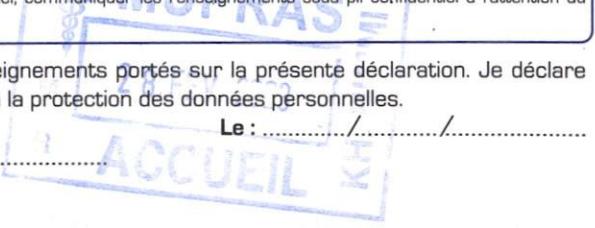
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
05/12/2013	L	1	325 DM	IN : Averre André - Médecin Diabétologue Cachet : Dr André Averre Médecin Diabétologue - N° 140

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/01/23	108,65

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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																		
					Début d'exécution																		
					Fin d'exécution																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>G</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000	00000000		<hr/>			00000000	00000000		35533411	11433553		B		G	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552																					
00000000	00000000																						
<hr/>																							
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
B		G																					
					Montants des soins																		
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis																		
					Date de l'exécution																		

Spécialiste en endocrinologie  
Diabétologie  
Maladies métaboliques  
Obésité, nutrition  
Cholesterol  
Retard de croissance



أخصائية في أمراض الغدد الصماء  
السكري  
أمراض الأيض  
السمنة، التغذية  
الكوليسترونول  
تعطل النمو

RABAT, LE

3/5/23

الرباط ، في

LOT 222914  
EXP 09/2025  
PPN 36.20

Tadbi Sidi Hamid

$\frac{36,20}{\cancel{108,60}} \times 3$

102045937  
Rabat - Tel: 05 37 20 21 76  
SA AV, Abdelkrim El Khatib Océan  
PHARMACIE DE L'OCEAN

Stage d cp

11 Rep x 84

de milieu de

repas

Trichlalby 0,75 mg

1 injection

/ remain

Dr. Mounia CHANA  
Endocrinologue  
Maladies Métaboliques Appt. 13  
16, Avenue Michlifen - Rabat  
Maroc - 1011 Agdal

PHARMACIE DE L'OCEAN  
SA AV, Abdelkrim El Khatib Océan  
Rabat - Tel: 05 37 20 21 76  
1020-23937

شارع مثليفن، إقامة رقم 16 الطابق الثالث الشقة رقم 13 أڭوال - الرباط  
Avenue Michlifen, Résidence N°16, 3ème étage Appartement N°13 Agdal - Rabat

Tél.: 05 37 67 24 67 - GSM : 06 58 22 50 69

# Stagid® 700 mg

COMPRIMÉS SÉCABLES

Embonate de metformine  
VOIE ORALE

30 COMPRIMÉS SÉCABLES

LOT  
EXP  
PPV

222914  
09 2025  
36.20



merck

# Stagid® 700 mg

COMPRIMÉS SÉCABLES

Embonate de metformine  
VOIE ORALE

30 COMPRIMÉS SÉCABLES

LOT  
EXP  
PPV

222914  
09 2025  
36.20



merck