

# 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.

## 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.

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 767

Actif

Pensionné(e)

Société : RAM

Autre : Retraité

Nom & Prénom :

Date de naissance :

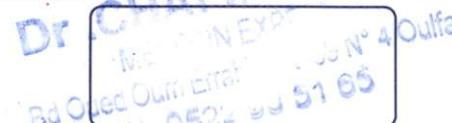
Adresse :

Tél. : 0664054165  
0522903029

Total des frais engagés : 1452,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/01/09

Nom et prénom du malade : LABDAH Mohamed Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : M. Mohamed + H. A. + Depose

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 : / /

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
22/01/03	g		17000	DR. CHARLES CHAPIN N° 4 Oulx Signature Dr Charles Chapin N° 4 Oulx 5165

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>INPE</b>	29/12/23	1308,60

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 :**

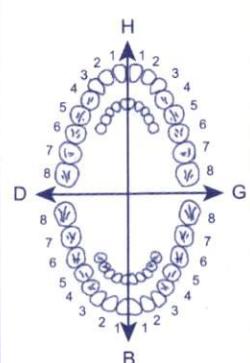
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

• Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France

• Ancien Médecin des Forces Armées Royales

• Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

الدكتور المرعاني مصطفى

اختصاصي في علاج ورعاية العيون

تصوير الأوعية - الليزر

طبيب سابق بالمستشفى المركزي ببنانسي - فرنسا

طبيب سابق بالقوى الملكية المغربية

طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le : 01 Mars 2023

STERIPHARMA

PPV : 57,90 DH

N° d'AMM 60/2020 DMP/MAJ

STERIPHARMA

PPV : 57,90 DH

N° d'AMM 60/2020 DMP/MAJ

A utiliser avant: / Lot n°

الدكتور المرعاني مصطفى  
اختصاصي في علاج ورعاية العيون  
شلن 54 شارع واد درعة (قرب مؤسسة عدو) مجموعه "Q" الطابق السفلي  
الدار البيضاء  
1) Xolamol 50 mg  
Moyenne 2fz.

57,90x2

2) Allergocromod.

1fz

67,00x3

3) C. au tee



PHARMACIE SALAH EDDINE  
SELMA HASSOUNI

756, Boulevard Oued Sebou  
Tél: 05 22 90 50 06 - Casablanca

مدى

الحياة

83,00 + 3  
4) X. au t. Mi. R. N. 03



campus N03

زولامول®  
Xolamol®

Lot: 7D0025

Fab: 04 22

Exp: 04 24

P.P.V: 110 DH 70

PHARMACIE SALAH EDDINE  
Mme L'HASSOUNI Selma  
Maitre de Pharmacie  
Oulfa  
56, Bd. Oued Daraâ  
Tel: 05 22 90 50 06

199065

54، شارع واد درعة (قرب مؤسسة عدو) مجموعه "Q" الطابق السفلي، الدار البيضاء

54, RDC Groupe "Q" - Bd. Oued Daraâ, (Près Institut Abdou) Oulfa - Casablanca - INPE : 091169292

ICE : 001651340000064 - E-mail : docteur.marouani.mustapha@gmail.com

Tél.: 05 22 89 75 38 - GSM : 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95

Tél.: 05 22 89 75 38 - GSM : 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95

LOT : 2849  
PER : 09-25  
P.P.V : 61 DH 00

LOT : 2849  
PER : 09-25  
P.P.V : 61 DH 00

de  
lic  
en  
eru

e  
op  
is de secou  
servateur

OPHTALMED  
PPC  
83.00 DHS

VISUfarma

LOT : 2849  
PER : 09-25  
P.P.V : 61 DH 00

OPHTALMED  
PPC  
83.00 DHS

VISUfarma

nde Augensalbe  
tlichen Lindeung  
enheit  
erung:

OPHTALMED  
PPC  
83.00 DHS

زولامول®  
Xolamol®

Lot: 7 D 0 0 2 5  
Fab: 0 4 2 2  
Exp: 0 1 2 4

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: 7 D 0 1 6 5  
Fab: 0 2 2 2  
Exp: 0 2 2 4  
P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: 7 D 0 0 2 5  
Fab: 0 4 2 2  
Exp: 0 1 2 4

P.P.V : 110 DH 70