

# 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

|   |  |   |                                   |
|---|--|---|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>                              | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b>   | <input type="checkbox"/> <b>A</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)   |  |   |                                   |
| Matricule : <b>02739</b>  |  | Société : <b>RAT</b>                      |                                   |
| <input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) |  | <input type="checkbox"/> Autre :          |                                   |
| Nom & Prénom : <b>ECOU A AOU A</b>  |  |   |                                   |
| Date de naissance : <b>15/01/57</b>   |  |   |                                   |
| Adresse : <b>7 Allée des Neffliers Firdoau, An 52000 Casablanca</b>             |  |   |                                   |
| Tél. <b>061 09 86 27</b>  |  | Total des frais engagés : <b>64 DH 52</b> |                                   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019</b>  | <b>Cadre réservé au Médecin</b>  |
| Cachet du médecin :   |  |
| Date de consultation :  |  |
| Nom et prénom du malade :   |  |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| 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'att. 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 : **02/04/17**      Le : **03/04/17**

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 |
|                                |                   |                       |                                 | INP : <input type="text"/>                                     |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
| Dr. El Aïmadi<br>29, Bis Allée des Citronniers<br>Aïn Sebaa - Casablanca<br>Tel.: 05 22 34 46 70 | 04/04/23 | 64,50                 |

| 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><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>   | Dents Traitées   |          | Nature des Soins | Coefficient                |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  |          |                  | INP : <input type="text"/> |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| <b>O.D.F<br/>PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table style="margin-left: 200px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |          |                  |                            |  | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 | B |  |  | G |  |  |
|  | H  | 25533412 | 21433552         |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  | 00000000 | 00000000         |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  | D  | 00000000 | 00000000         |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  | 35533411 | 11433553         |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  | B  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  | G  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>   |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                              |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>   |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>  |  |          |                  |                            |  |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |

# Pharmacie Des Citronniers - Casablanca

EL OUATTASSI RABAB

0522344670

29 bis allee des citronniers ain sebaa, casablanca



Facture N° 20230404-820

Date de vente : 04/04/2023

Médecin traitant :

EL OURAOUI Mohammed

Maroc

| Produit                               | Qté. | P.U   | TVA         | Total |
|---------------------------------------|------|-------|-------------|-------|
| MYK UE 30ML SOLUTION 1% USAGE EXTERNE | 1    | 64,50 | TVA (7.00%) | 64,50 |

|              |                  |
|--------------|------------------|
| Total HT     | 60,28 DHS        |
| TVA          | 4,22 DHS         |
| <b>Total</b> | <b>64,50 DHS</b> |

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante-quatre DHS et cinquante centimes

PHARMACIE DES CITRONNIERS  
Dr. ELOUATTASSI RABAB  
29, Bis Allee des Citronniers  
Aïn Sebaa - Casablanca  
Tél. : 05 22 34 46 79

قارورة  
30 ملل

1% ميك  
شربات سلكونازول

محلول لاستعمال محلّي



Indications, Contre-indications, Posologie

Mode d'emploi : Voir notice

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

- إرشادات. حالات عدم الاستعمال : مقادير 032322 03/24  
كيفية الاستعمال: أنظر البيان  
يحفظ بعيداً عن مرأى وتناول الأطفال

MyK 1%

Flacon de 30 ml



6

Fabriqué par Polymédic



Rue Amyot d'inville Quartier Arsalane, CASABLANCA - MAROC  
Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable