

# 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

- 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.

157253

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6816 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : G.R.U.C.I.T.A Redmire

Date de naissance : 1965

Adresse : Tanjaouelle

Tél. : 6-78-78-33-09 Total des frais engagés : 152 + 157 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/03/2023

Nom et prénom du malade : EL HARIANE Halima Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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'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
31/03/23		CD A 150 #		 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie IBN RACHED</b> <b>Jr. Idriss II</b> <b>30, Rue Moulay Idriss</b> <b>BERRECHID - Tél.: 0522 32 70 47</b>	2023-03-31	1517.40

## **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.

**DOCTEUR SIHAM OUBOUHIA**  
**MEDECINE GENERALE**  
LAUREATE DE LA FACULTE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DE CASABLANCA

الدكتورة سهام أوبهيا  
طب العام  
خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
أخصائية التغذية

أمراض النساء وتنبئ الحمل  
الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب



DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE  
ECHOGRAPHIE  
ELECTROCARDIOGRAMME

## Ordonnance

Berrechid, le ..... 31/03/2023

Nom prénom: EL Hafiane Hlima

- 1- odia 4 mg S.I  
33.00x3
- 2- Janumet 1000  
2/5
- 3- Carbinoxane  
1617.40
- 1cp x 2j
- 1cp x 2j
- 1/2 cp 6L x 2boites

Dr. OUBOUHIA Siham  
Médecin Généraliste  
Diabétologue  
RDC Quartier Layali - Berrechid  
Tél : 05 22 03 07 72

RDV:

58 ، الطابق السفلي ، حي ليالي 2 (قرب مدرسة المذاهب) - برشيد

N°58-Rez de chaussée quartier Layali2 - Berrechid

FIXE | 05.22.03.07.72 E-mail | sihamoubouhia@gmail.com

LOT 221900 1

EXP 05 2025

PPV 68 80

أوفيا®



ODIA® 4 mg

30 comprimés

AMM N° 244/19/DMP/21/NRQDNN



6 118000 022183



6 118000 022183

AMM N° 244/19/DMP/21/NRQDNN

30 comprimés

ODIA® 4 mg



أوفيا®



PPV 68 80

EXP 10 2025

LOT 223645 1

LOT 223645 1

EXP 10 2025

PPV 68 80

أوفيا®



ODIA® 4 mg

30 comprimés

AMM N° 244/19/DMP/21/NRQDNN



6 118000 022183



Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495