

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4723

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HADDIoui ABDELHAK

Date de naissance :

09/05/1959

Adresse :

Tél. : 0668448738

Total des frais engagés : 1454,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/09/1960

Nom et prénom du malade : LACHIKAR HALIMA

Age : 63

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

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'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 Relèvement des Actes
11/05/23	CS + ECG		£ 280,00	Dr. KHADRE MOUSSA Cardiologue Interventionnel CARDIOLOGUE 11 Bd Med V. Etage Bureau N°1 Tél: 05.22.32.83.03 05.22.32.83.03

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. IMANE ZINEB Pharmacie le Grand Boulevard 11 Bd Med V. Etage Bureau N°1 Tél: 05.22.03.59.59 N.P.E: 062105036	11.05.23	1204,10

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Ordonnance

Berrechid, le : .....

Berrechid le : 11 mai 2023

**Mme LACHKAR HALIMA**

**REGIME PAUVRE EN SEL**

**SERDEP 20MG**

1Cp/j le matin

142,00 x 2

IRPHI PLUS 160/12.5 MG

1Cp/j matin à jeun

**NEBILLET 5MG**

1/2 Cp - 0 - 1/2 Cp

**ASKARDIL 75MG**

1Cp/j à midi après

**INEXIUM 20MG**

1 Cp/j le soir

**NOLIP 10MG**

1Cp/j le soir

**TARAXET 25MG**

1 cp /j le soir pdt 15 jours  
puis 1/2 cp/j le soir pdt 15 j  
puis 1/2 cp/j 1j/2

LOT : 08422004  
PER : 12/2025  
PPV : 163.20 DH

LOT : 08422004  
PER : 10/2025  
PPV : 163.20 DH

LOT : 08422004  
PER : 12/2025  
PPV : 163.20 DH

LOT : 021  
PER : AUT 2024  
PPV : 142 DH 00

LOT : 022  
PER : AUT 2024  
PPV : 142 DH 00

**NÉBILLET® 5mg**  
28 comprimés O

PPV 87DH50

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair boun al aquaram  
noires casablanca  
INEXIUM

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair boun al aquaram roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg  
Boîte 14  
640/150MP/21NRC

20 mg  
Boîte 14  
640/150MP/21NRC

6 118001 020591 8 118001 020591

6 118001 020591 8 118001 020591

EXP 01/25  
PPV 15.4 DH 10

EXP 01/25  
PPV 82.10 DH

24,70

Traitements pendant : 3 Mois

1204,10

Dr. IMANE ZINE  
Sté Pharmacie du Grand Boulevard  
Lot 345 Zouf Hassan - Berrechid  
Tél: 05 22 03 59 59  
INPE: 062105036