

# 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.

M22- 0031833

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2673 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KASSAR

NAUKA

Date de naissance : 27/10/1953

Adresse : 127 Bt Latifa Yacout 3<sup>e</sup> étage

No 4, Casablanca

Tél. : 0663355119 Total des frais engagés : 858,95 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/05/2023

Nom et prénom du malade : DANIEL RIBA RACHDI Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : Centre Allal Ben Abdellah Le : 5/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/06/2023	C3 + PO	500 DH		DR. LAOUSSI Nabil Praticien en Chirurgie Dentaire 76, Boulevard Abdelmoumen Res Neutoubia Casablanca Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Gachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
TOUS LES PRODUITS DE LA PHARMACIE DES HABOUS	01/06/23	358.95

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX								
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>												
<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: left;">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td>35533411   11433553</td> </tr> </table>					H	25533412   21433552	D	00000000   00000000	B	00000000   00000000	G	35533411   11433553
H	25533412   21433552											
D	00000000   00000000											
B	00000000   00000000											
G	35533411   11433553											
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
<b>MONTANTS DES SOINS</b>												
<b>DATE DU DEVIS</b>												
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**AKDITAL**

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جرادة الوازيس



Casablanca, le..... 1/6/23

M. MAMMER EL BOURACH  
Né le : 01/01/1952



Nom et Prénom : .....CJ023F01083356

❖ SPECTRUM 250MG CP

51.40 1 cp 2xjr pendant 5 jrs

Lot: 000149  
Fab: 03 22  
Exp: 03 24

PPV: 30 DH 30

L0 EXP 06/2025  
PPV 51.40DH

30.30 ❖ ICOMB COLLYRE

1 goutte 4xjr pendant 1 mois

TOBRADEX®  
POMMADÉ OPHTALMIQUE  
0,3/0,1%  
Boîte de tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH  
laboratoire Sotema, Bouskoura  
AMM N° 455/16 DMP/21/NRQ



6 118001 070602  
690206 MA

54.40 ❖ TOBRADEX POMMADÉ

1 app le soir pendant 8 jrs

36.15 ❖ CHIBROXINE

1 goutte 4xjr pendant 8jrs

PHARMACIE DES HABOUS  
MESFIoui MOUNIA  
Casablanca  
73, Bd. Victor Hugo  
Tél: 05 22

HyFresh®  
Lot: 21-0283  
Fab: 02 22  
Exp: 02 25  
PPC: 130 DH 00

130.50 ❖ HYFRESH

1 goutte 3xjr pendant 1 mois

MYDRIATICUM 0,5%  
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH



6 118001 070428

Distribué par les Laboratoires SOTEMA  
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

25.80 ❖ MYDRIATICUM COLLYRE

1 goutte 3xjr pendant 8jrs

30.45 ❖ COMPRESSES OCULAIRE

1 fois/jour

113, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca  
Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82  
E-mail : direction@cliniquejerrada.ma  
Site web : www.cliniquejerrada.ma

35891

30 45

Dr. S.I.  
Prof. Dr. S.I.  
76, Bd. Victor Hugo  
Res Koutoubia  
Tel: 05 22 99 40 15