

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>48121</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>164650</u>
Nom & Prénom : <u>LAZRAK SAAD</u>			
Date de naissance : <u>21/01/53</u>			
Adresse : <u>Rue KERGOMARD, Résidence AMBAR, 3ème étage</u>			
<u>Appart 3, Ain Diab, CASABLANCA.</u>			
Tél. : <u>06.61.31.86.52</u>	Total des frais engagés : <u>6140 + 316 = 37710 Dhs</u>		

Autorisation CNDP N° AA-215 / 2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>07/06/2023</u>	Nom et prénom du malade : <u>MR LAZRAK Saad</u>	Age : <u>70 ans</u>	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>IRT</u>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 :** Casa Blanca **Le :** 18/06/2023  
**Signature de l'adhérent(e) :** SAAD LAZRAK



#### **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
07/06/23	2	67		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Rafael BON 27,39,61 Ave Toulouse Tel : 05 22 22 00 88	21/6/23	514,10 + 10,61 = 514,70
WPE : 092040481	28/6/23	31,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cadre de signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE HOSPITALIERE PARIS 75	2000-04-25		

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

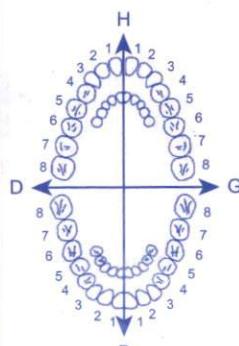
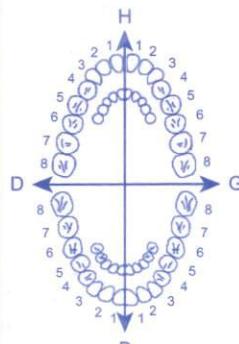
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Abbadi Mohamed Saâd  
Chirurgien Cardiaque et Vasculaire  
Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier



الدكتور العبادي محمد سعد  
إختصاصي في جراحة القلب  
والأوعية الدموية  
خريج كلية الطب بمونبولي

Casablanca, Le 08/06/03 ..... الدار البيضاء، في :

M. Zabarak Saad

+ Plavix 75 mg

31600

75

1m/1S

(x1 mois)

1 ep/j

PHARMACIE ARRUAZARIA  
42, Rue d'Ifrane Hôpital Salam  
Marrakech - Casablanca 22396105  
Tél. 0522 361363 / 0522 396105



361, Bd. Sidi Abderrahman - Casablanca  
Tél.: 0522 39 52 61 / 0522 39 52 54 / 0661 05 77 89 - Fax : 0522 39 52 70

Docteur El Abbadi Mohamed Saâd

Chirurgien Cardiaque et Vasculaire

Lauréat de la Faculté de Médecine

de Montpellier



الدكتور العبادي محمد سعد

اختصاصي في جراحة القلب

والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بونبولي

Casablanca, le : 07/06/٢٠١٣ الدار البيضاء، في :

Dr. El Abbadi, Saad

① Catex 250 mg

2 cp/j                    x  
1 matin, 1 soir



٥٧٤

PHARMACIE : CHNGCHAMP  
Rabta TAZI 100, Casablanca  
Karr Tebourba ٦٦٣٦  
Tél. : ٠٥ ٢٢ ٣٩ ٥٢ ٥١

② Dolostop 500 mg

3 cp/j                    x                    2j

1 matin, 1 midi et 1 soir

Aspegic 100

١ سج



361, Bd Sidi Abderrahman - Casablanca

Tél.: 05 22 39 52 61 / 05 22 39 52 54 / 06 75 49 36 49 - Fax : 05 22 39 52 70

# Dolostop®

500 mg

Paracétamol

20 comprimés

Dolostop®  
Paracétamol

500 mg

Voie orale

20  
comprimés  
Voie orale

Douleurs et fièvre

Dès 27 kg

LOT : 2353  
PER : 02 - 26  
P.P.V : 10 DH 20

PHARMAT 5

**Catex®**  
Ciprofloxacin

250 mg

voie orale

# كاطекс® سيبروفلوكساسين

LOT 224456

EXP 08/25

PPV 51DH40

10 أقراص ملمسة

عن طريق الفم

CATEX® 250 mg  
10 comprimés pelliculés



6 118000070290