

# 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.

M23-003869

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6993

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DR SOUHAÏL LAHcen

Date de naissance : 13/01/1958

Adresse : MAFAS 1 INT 2 AL MIAIN APP 9  
OUASSA - CASABLANCA

Tél. : 06 68 93 87 71 Total des frais engagés : 1596,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MLD

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DR SOUHAÏL LAHcen Age : 65

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MLD

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 : CASABLANCA

Le : 06/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



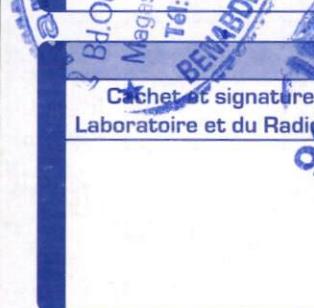
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes



## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Cachet du Pharmacien du Fournisseur 06.06.23	06.06.23	1596,20



## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

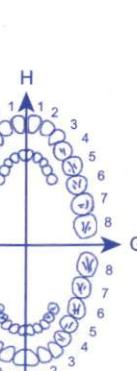
## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### 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											
				Montants des soins											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G	00000000	00000000													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins											
				Date du devis											
				Date de l'exécution											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE SALMA  
SALMA  
BD OUM RABIE EL OUAFAA 1 N°15  
CASABLANCA

Tél : 0522895772

06/06/2023

Client : MR SOUHAIL LAHCEN

FACTURE N° : 10925 du 06/06/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	FORXIGA 10 MG 28 CPSCPS	419,00	1 257,00	0%
3	ADO 850 /60CP	34,00	102,00	0%
1	DIAMICRON 30 MG LM GM	89,00	89,00	0%
1	DIAMICRON 30 MG LM CP PM	54,30	54,30	0%
3	ZYLORIC 200MG COMP	31,30	93,90	7%

Total TTC 1 596,20

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
MILLE CINQ CENT QUATRE-VINGT SEIZE DIRHAMS ET VINGT CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 502,30	0,00	1 502,30
7.00%	7,00	87,76	6,14	93,90
		1 590,06	6,14	1 596,20



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

LOT : 2468  
PER : 09-25  
P.P.V : 34 DH 00

LOT : 4941  
PER : 11-25  
P.P.V : 34 DH 00

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

LOT : 4941  
PER : 11-25  
P.P.V : 34 DH 00

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH  
6 118001 185023

54,30

89,00

LOT 223844  
EXP 11 2026  
PPV 31.30

LOT 223845  
EXP 11 2026  
PPV 31.30

LOT 223844  
EXP 11 2026  
PPV 31.30

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

## Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :	M <sup>me</sup> SOUHAÏL LAMCEN	
Matricule :	6993	N <sup>o</sup> CIN : B12154
Adresse :	WAFAS 1772 AL WIAM Apt 8 OULFA - CASA.	
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	

## Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :	Spécialité :
N <sup>o</sup> ICE :	N <sup>o</sup> INPE : 091028506
Certifie que M <sup>me</sup> , M <sup>me</sup> , M. : SOUHAÏL LAMCEN	

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

Diabète de type 2 + microangiopathie

## Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

↓ G<sub>7</sub> = 9,35      ↑ Traitement      G<sub>7</sub> = 11,06  
 ↓ HbA1c = 10,10      HbA1c = 8,50%

## Dont ci-joint ordonnance :

## Traitement prescrit :

Ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 01/03/2012

## Cachet et signature du médecin traitant :

Professeur Hassan EL GHOMARI  
 Spécialiste en Endocrinologie  
 Diabétologie et Nutrition  
 Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar  
 et Abdelmoumen N° 223 - Casa - Tél : 0522 86 14 14

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées