

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ... 7115 ... Société : ... RAH ...

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ... Sifeddine Abdallah ...

Date de naissance : ... 04.08.1955 ...

Adresse : ... 16 Passage 4 Tissin II Benrechid ...

Tél. : ... 06 71 20 75 33 ...

Total des frais engagés : ... 16 53,00 ... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ... 04.07.2023 ...

Nom et prénom du malade : ... Sifeddine Abdallah ...

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

... DNI 54 HTA q. Anxiété ...

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 : ... Benrechid ...

Le : ... 09/07/2023 ...

Signature de l'adhérent(e) :

Sifeddine Abdallah

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/07/23        | CA                |                       | 150,00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Dr. RIANI FOUZIA<br>PHARMACIE AL HAMD<br>Bab El Oued - Berrechid<br>INPE: 062069794<br>Tel: 05 22 53 32 82 | 04.07.23 | 150300                |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

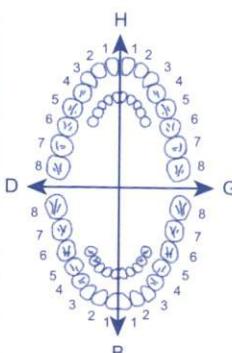
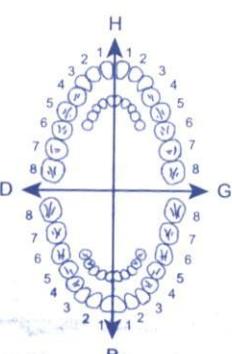
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |   |   |   | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|---|---|---|---------------------------------|
|                                  |                | A      | M | P | C |        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

### 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           | Cœfficient |  |  |   |                            |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|--|----------------------------|----------------------------|------------|--|--|---|----------------------------|----------------------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
|   |                            |                            |            |  |  |   |                            |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|    |                            |                            |            |  |  |   |                            |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>25533412 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                            |                            |            | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE |  | H | 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 |
| DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE   |                            |                            |            |  |  |   |                            |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| H  | 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 |            |  |  |   |                            |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| D  | 00000000                   | 00000000                   |            |  |  |   |                            |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| B  | 00000000                   | 00000000                   |            |  |  |   |                            |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| G  | 00000000                   | 00000000                   |            |  |  |   |                            |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b><br><input type="text"/>  |                            |                            |            |  |  |   |                            |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>MONTANTS DES SOINS</b><br><input type="text"/>  |                            |                            |            |  |  |   |                            |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>DATE DU DEVIS</b><br><input type="text"/>   |                            |                            |            |  |  |   |                            |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>DATE DE L'EXECUTION</b><br><input type="text"/>   |                            |                            |            |  |  |   |                            |                            |   |          |          |   |          |          |   |          |          |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*Docteur Mouna TAMIM*

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الشخص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Dr. RIANI FOUZIA  
PHARMACIE ALHAMD  
Quartier Belle Vue Berrachid  
INPE 06 22 32 44 55  
Tél: 05 22 53 32 82

Berrachid, le

04-07-2023

بريشيد، في

safeddine Abdallah

1) suliat 160/5

185,20

18/8 30 min

2) laurie solo far 30

170,5/8 30 min

3) Glucovance 30/2,5

18/8 30 min

4) kawaayl 25

18/8 30 min

5) by mase

18/8 30 min

41، زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49

41, Rue Tarik ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

185,20

185,20

185,20

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1.  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ 8S  
P.P.V. : 744DH00



5 118001 081615

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg ○  
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg ○  
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg ○  
Comprimés pelliculés B/30

PV: 42.00 DH

A standard linear barcode used for product identification.  
6 118001 040384  
**LAROXYL 25 mg** ○  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70

A standard linear barcode used for product identification.  
6 118001 040384  
**LAROXYL 25 mg** ○  
(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70