

# 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 : 2729 Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TIKER

Adeppatij

A 68063

Date de naissance :

1949

Adresse :

El Maâhidine Maisn .31 el Jadida .

Tél. 06 98 21 99 94

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29

Nom et prénom du malade :

TIKER

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ALD

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique :

ALD

ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

NA

Le : 21/06/2018

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 :

El Jadida

Signature de l'adhérent(e) :

JMK



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
MAISON PHARMACEUTIQUE BOUAFIT SOCIETE D'ANALYSE ET DE CONSEIL et de PHARMACIE DE BOUAFIT BP 34 13100 Aix-en-Provence	21/06/23	1946,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with upper and lower teeth numbered 1 through 8. A vertical line passes through the midline of the arch. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a horizontal arrow labeled 'C' points to the right. The numbers 1 through 8 are placed at the base of each tooth root.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. MOATA HANANE**

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie  
Maladies Métaboliques et Nutrition



- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Ancien médecin interne au CHU Ibn Tofail de Marrakech
- Ancien médecin au service d'endocrinologie du CHU Mohammed 6 de Marrakech

Echographie

**الدكتورة معطى حنان**

أخصائية في أمراض السكري، الغدد  
الأمراض الاستقلابية والتغذية

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن طفيل بمراكش
- طبيبة سابقة بجناح أمراض الغدد والسكري بمستشفى محمد 6 بمراكش

الفحص بالصدى

**Ordonnance**

El Jadida le : .....

٢١/٦/١٣

NASRi NAzat

35, w

١١١,٠٠ × ١٦

١٨١١,٠٠

Mug



30 - 0 - 30

PHARMACIE DU SOLEIL  
Youness ETTALBI  
Boucheurit  
Mahrir - Bouchérit  
61

Gmail : hanane.moata@gmail.com

Villa N°97, 1<sup>er</sup> Etage, Rue Abou Chouaib doukali, ElJadida - Urgence : 07 62 64 72 83 - Tél : 05 23 37 13 20  
05 23 37 13 20 - 07 62 64 72 83 - المستعجلات : الشافت : 05 23 37 13 20 - شارع أبو شعيب الدكالي، الجديدة - المنيعة رقم 97، الطابق الأول.

LOT D455069AD.2  
UT AV 07 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.8  
UT AV 07 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.8  
UT AV 07 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.4  
UT AV 07 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.4  
UT AV 07 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D539366H.2  
UT AV 01 2025  
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.4  
UT AV 07 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.6  
UT AV 07 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.2  
UT AV 07 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.2  
UT AV 07 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D539366H.2  
UT AV 01 2025  
PPV 111.00 DH

LOT D539366H.3  
UT AV 01 2025  
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.2  
UT AV 07 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.2  
UT AV 07 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D455069AD.2  
UT AV 07 2024  
PPV 111.00 DH

LOT D539366H.3  
UT AV 01 2025  
PPV 111.00 DH

Le 21.6.23.

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M : *Najat*

Présente

*OTN*

Nécessitant un traitement d'une durée de:

*ADO 1000 - 2 g/j + Hum. o. g. m. x 50  
3 ml/j + 30 - 0 - 30*

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit):

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

*DR. MOATA HANANE*



# PHARMACIE DU SOLEIL

Youness ET TALBI

Docteur en Pharmacie

37-39, Bd. Attahrir - Bouchrît  
Tél. : 023.34.34.61 - EL JADIDA

FACTURE N° 000286

El Jadida, le 21/06/23

Mme Nafat Nasri

Doit

Qté.	Désignation	P.U.	Montant
10	Humalog Mix 50	111.00	1110.00

Arrêté la Présence de la  
facture sous le montant de mille  
Sept cent soixante seize DIRHAMS.

Nafat Nasri

PHARMACIE DU SOLEIL  
Youness ET TALBI Docteur en Pharmacie  
Lauréat de La Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca  
37-39, Bd. Attahrir - Bouchrît  
Tél. 023.34.34.61 - EL JADIDA