

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

M22- 0027756

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4160 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZIM SAADIA Date de naissance : 16/09/100

Adresse :

Tél. : 066.11.9797 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/07/2023

Nom et prénom du malade : AZIM SAADIA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HHTA → DNT + AVM

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

#### **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
14/07/2023	C52206-1022	350 XA		Dr. Laia SANTO CARDIOLOGUE Angla Bd. Georges Sarrailh - Casablanca Téléphone: 056.35.33 - Casablanca
				EL HILAK Lya

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Code Client / Numero de la Facture	Date	Montant de la Facture
Cochetou Polynésien du docteur Léonard Cité Plateau Dolanca Tel: 0522 25 96 06 - Fax: 952720260	14/07/23	673,20,-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

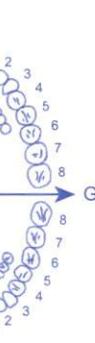
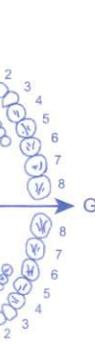
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D —————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

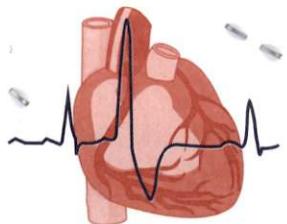
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Laila SAHER**  
**CARDIOLOGUE**

Ancien Médecin Attaché au Centre National de Cardiologie et de Chirurgie Cardio-vasculaire

CHU de Rabat

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Paris



**الدكتورة ليلا ساهر**

متخصصة في أمراض القلب والشرايين  
طبيبة سابقة بالمركز الوطني والجامعي  
لأمراض وجراحة القلب والشرايين  
بمستشفى ابن سينا - المباط  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس



14 JUIL 2023

الدار البيضاء، في:

2 m Abou m. Sndue  
 1 m Souk  
 2) Dofelix (20) Mzgn. lide  
 98,80 x 4  
 120,00 x 3  
 49,60  
 673,20  
 Dr. Latifa SAHER  
 CARDIOLOGUE  
 Angle Bd. Georges Sand & Av. Stendhal  
 Résidence Benber Imm. C. Maârif  
 Tel.: 0522 98 55 33 - Casablanca  
 PPV: 49,60 DH  
 LOT: 23C14  
 EXP: 03/2026

أوسمشارع جورج ساند وشارع ستاندال - إقامة بنبر - عمارة (س) - المعاريف - الدار البيضاء  
 Angle Bd. Georges Sand & Av. Stendhal, Résidence Benber. Imm. C, Maârif - Casablanca  
 Tél.: 0522 98 55 33 / 0618 27 26 66 / 0700 82 08 05 - Urgences : 0661 30 21 12  
 E-mail : contact.sacard@gmail.com / INPE : 091122770 - ICE : 002020675000007

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 23DH80  
EXP 03/2025  
LOT 23009

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 23DH80  
EXP 12/2024  
LOT 23009

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 23DH80  
EXP 03/2025  
LOT 23009

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

LOT 23009 5  
EXP 12/2024  
PPU 23DH80

28 Comp

LOT : 400  
PER : NOV 2025  
PPV : 84 DH 20

PHARMA GENEVA  
28 Comprimés

LOT : 407  
PER : JAN 2026  
PPV : 84 DH 20

P  
PHARMACEUTICAL IN

120,00

120,00