

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-810915

A71180

<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>10327</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>AZZAB Ochamek</u>			
Date de naissance : <u>06 / 11 / 1974</u>			
Adresse : <u>Bd Hachimi Filali Les Jardins de Bali Imm 101+8 Casablanca 4010</u>			
Tél. : <u>06 66 49 38 49</u>	Total des frais engagés : <u>Dr BOUTAINA BOUIBAOU</u>		
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 		
Date de consultation : <u>31/07/2023</u>	Age : _____		
Nom et prénom du malade : <u>AZZAB ANAS</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>Gastro entérite</u>			
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 31/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : Y



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
31/07/2023	CS	250 DHS		INP : 1612822059 ROUTAINA BOUBAOU Gastroentérologie B.M.S. Oum Al Qura Tétouan

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>INFE-162079926 TELE-33777938 Apharmacie Pharmacie ABSOLUTA</i>	<i>31-07-23</i>	<i>151,20</i>

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

# 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	Coefficient	INP : <input type="text"/>
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	G	B	
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



## ORDONNANCE

TÉTOUAN LE 31/07/2023

Eufant. AZZAB Aous.

15.80

1/ Doliprane 500 mg.  
1 sachet x 31 j

si fièvre.

23.00

2/ Spah 41 syrup 1 flas x 21 j.

52.40

3/ Innecta 1 sachet x 31 j

pdv 1 g.

60.00

4/ Enterosgelina enfant.  
1 flacon x 21 j

pdv 1 g.

TOTAL  
T8 151.20

20158 Milan - ITALY / ITALY

Fabricant / Manufacturer / مصنّع

Saroni S.p.A.  
Viale Europa, 11  
21040 Origlio (Va) - ITALY

卷之三

No. 1

**جنب عدم الحقن**

A standard linear barcode is positioned vertically on the right side of the page. It consists of vertical black bars of varying widths on a white background. To the right of the barcode, the number '3 582910 0775455' is printed.

Fiacon de 250 ml  
de suspension

**Spasmyl®**

**Trimébutine**  
Flacon de 250 ml  
de suspension

PLOT 23.00 PER 06/20

# Spa

**Spasmyl®**  
Trimébutine  
Flacon de 250 ml  
de suspension

**Spasmyl®**  
Flacon de 250 ml  
de suspension

6 1180000011460  
 NECTA ORANGE VANILLE  
 36 SACHET B50  
 P.P.U. 520DH40