

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : **NADDOR OSMA** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **NADDOR FATIMA**

Date de naissance : **1948**

Adresse : **184 Lot n°1 adarissa sidi Maârouf-Casablanca**

Tél. : **0628.32.83.70** Total des frais engagés : **375,50 + 150** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10 / 11 / 2023**

Nom et prénom du malade : **NADDOR SIDI MAAROUF Fatima** Age : **75 ans**

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Diabète**

+ cystite aiguë

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

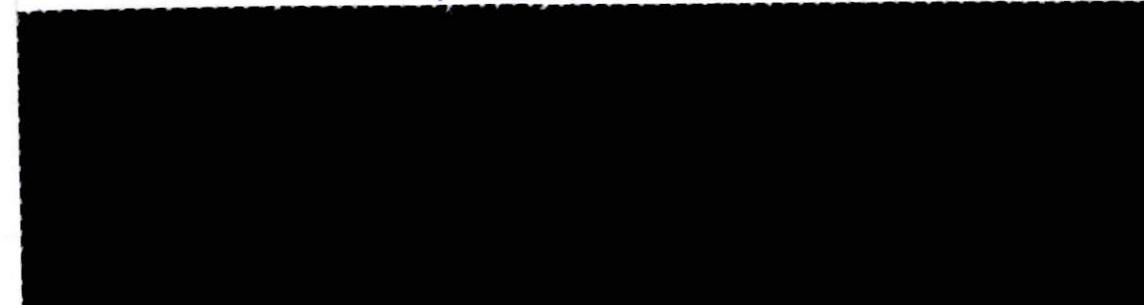
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **10 / 11 / 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **NADDOR FATIMA**



### 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 Remboursement des Actes
10/11/2023	C	C	180,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Commissaire	Date	Montant de la Facture
Tél. 05 22 97 40 45 / 06 88 06 22 86 INPE: 092003029	10/11/23	375,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### 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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
DETERRMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
G				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Yasmine MASSAOUDI**

Médecin généraliste

DU en Diabétologie

ECG - Echographie

Médecin agréé pour la visite  
médecin au permis de conduire



الدكتورة ياسمين مسعودي

طبيبة عامة

دبلوم جامعي في أمراض السكري  
الفحص بالصدى - تخطيط القلب

تسليم الشواهد الخاصة ببرخصة السيارة



## ORDONNANCE

Casablanca, le 10/11/2023

NADDOOR Fatima

- 1) ADO 1g cp S.V  
1cp x 2lj pdt 3 mois
- 40x3 2) ODIA 2 mg S.V  
1cp le matin pdt 3 mois
- 144,50 3) ESAC 20 mg gélule  
1gél/j pdt 1 mois
- 111,00 4) ERAXIN 500 mg 4  
1cp/j pdt 7

F 375,50  
144,50  
111,00  
48, LOT ESSALAMA, SIDI MAAROUF  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 97 42 65 / 06 88 06 22 88



32, route sidi messaoud, lot dandoun, étage 1, sidi maârouf

Fixe : 05.22.78.08.47

GSM : 06.16.60.01.75

**Odia® 2 mg** أوضيا® 2 ملغ  
Glimépiride گلیمیپرید  
30Comprimés 30 قرصاً

LOT 222565 1  
EXP 08 2025  
PPV 40.00

LOT 221103 1  
EXP 04 2025  
PPV 40.00

LOT 230705 1  
EXP 02 2026  
PPV 40.00

**ESAC®**  
é soméprazole 20 mg

LOT 13003  
PER 05/25  
PPV 144DH50

**Eraxin® 500 mg**  
lévofloxacine  
7 Comprimés  
pelliculés

PPV : ١١,٠٠  
LOT :  
PER :