

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0025409

101271

Optique

Autres

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	11244	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOUSSAAD A B DELKARIM
Nom & Prénom :		Habibullah	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés 150.404,30 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	17.01.2014	Nom et prénom du malade :	Abdellah Moussaud
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age:
Nature de la maladie :	céphalées		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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

- 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.

#### **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
17/10/2024	CS	150 dh		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR AL IDAA Dr IDRISI Zineb N° 161 Ain Choc. Tel 05 77 50 32 33	21/12/24	AC1521 ... PHARMACIE DAR AL IDAA Dr IDRISI Zineb N° 161 Ain Choc. Tel 05 77 50 32 33

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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	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 :**

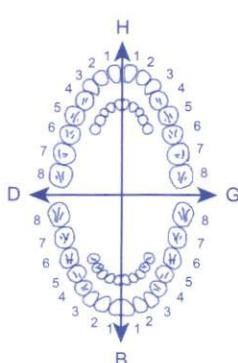
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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



### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# الدكتورة لطيفة اللبيب

طب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى

محمد بوافي

Docteur Latifa LABIBE

Médecine générale

Diplômée de la faculté de médecine  
et de pharmacie de Rabat

Ex. médecin interne à l'hôpital  
Mohamed BOUAFI



Casablanca le ٢٢.٠٣.٢٠١٧  
PHARMACIE DAR ALIDAA  
Dr. IDRISI Zineb  
Alouia II N° 161 Ain Choc.  
Tél 05 22 59 32 33

ordonnance

Mr Abdellatif

الدار البيضاء في:

22.03

1) cedel

Moussa



٢٢٠٣٠٣  
apres manger

11.03

2) Biovanic 500

Dr IDRISI Zineb  
PHARMACIE DAR ALIDAA  
Alouia II N° 161 Ain Choc.  
Tél 05 22 59 32 33

٢٢٠٣٠٣  
apres manger

3) edes 40



58. - ٢٩٢ ٧٦٦ ٦٦٦  
Indocilypre

Dr IDRISI Zineb  
PHARMACIE DAR ALIDAA  
Alouia II N° 161 Ain Choc.  
Tél 05 22 59 32 33

١٨.٣ - ١٦٦٦ ٢٩٢  
5) vifel 1000



219, Avenue Lahraouine, cité Djemaa (Sbata), 1er Etage  
(Au dessus de pharmacie Erraha)

Téléphone: 05 22 59 87 01

219 شارع لبراون، قرية الجماعة (سباتا)، الطابق الأول  
(فوق صيدلية الراحة)

الهاتف: 05 22 59 87 01

٢٢٠٣٠٣

82,00

LOT : 5946,  
PER : 07 - 26  
P.P.V : 111 DH 00

LOT 211953  
EXP 04/2024  
PPV 140.00 DH

INDOCOLLYRE 0,1% ○ رقم النقطة  
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الانتاج  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270088

PPV : 58,00 DHS



6118001270088

PPV : 58,00 DHS

Vita C1000®

PPV 15DH30  
EXP 08/2026  
LOT 3403119