

# 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

Le 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 : 1110 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAARIFI LAARBI Ag5166

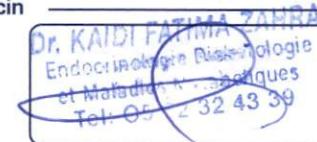
Date de naissance : 01.01.1952

Adresse : VILLA 16 RUE HAY ELHOUDA 800 HRIZ

BERRECHID

Tél. 06.61.13.90.22 Total des frais engagés : 3.262,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 / 12 / 23

Nom et prénom du malade : EL FAROUK, M. YOUSSEF Age : 66 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2 + Hypertension artérielle

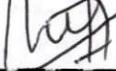
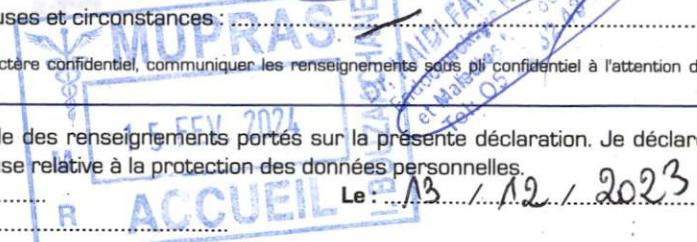
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

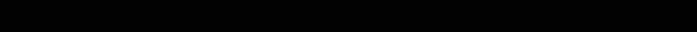
Fait à : Berrechid Le : 13 / 12 / 2023

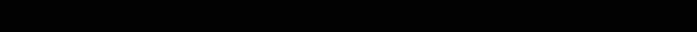
Signature de l'adhérent(e) :

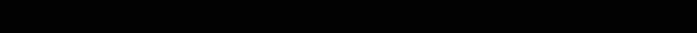
 

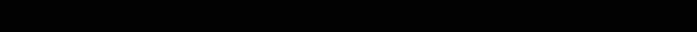


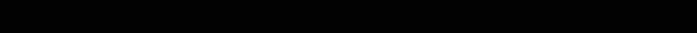


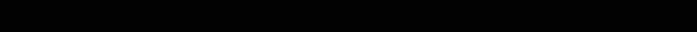


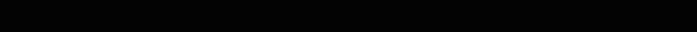


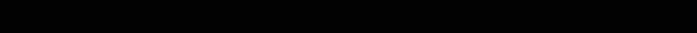


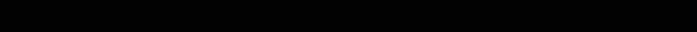


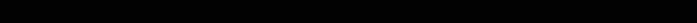












## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date  | Montant de la Facture   |
|---|---|---|
| <br>Dr. Siham TAMIR<br>Pharmacie Riad Hay Rue Berrechid<br>Mosque Riad Hay Rue Berrechid<br>Fix : 0522336822 | <br>Dr. Siham TAMIR<br>Pharmacie Riad Hay Rue Berrechid<br>Mosque Riad Hay Rue Berrechid<br>Fix : 0522336822 | <br>Dr. Siham TAMIR<br>Pharmacie Riad Hay Rue Berrechid<br>Mosque Riad Hay Rue Berrechid<br>Fix : 0522336822 |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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<br>25533412<br>00000000   | G<br>21433552<br>00000000 | D<br>00000000<br>35533411 | B<br>00000000<br>11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                           |                           | MONTANTS DES SOINS        |                         |
|                           |   |                           |                           | DATE DU DEVIS             |                         |
|                           |   |                           |                           | DATE DE L'EXECUTION       |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KAIIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

اختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبية داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

## Ordonnance

Nom: El Fadouki Malika

Berrechid, le: 13 - N° - 22

صيدلية مسجد الرياض

Pharmacie Mosquée Riad

Dr. Siham TAMIR

N°1 - 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide

Fix: 0522226072

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

1

294,00

294,00

294,00

9 Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain setââ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp. b.30  
P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain setââ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp. b.30  
P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain setââ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp. b.30  
P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain setââ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp. b.30  
P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain setââ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp. b.30  
P.P.V : 68,80 DH



6 118001 081325

3

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390,00 DH

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390,00 DH

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390,00 DH

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390,00 DH

4

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

5

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102026  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102026  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160335

7

27,50

صيدلية مسجد الرياض  
Pharmacie Mosquée Riad  
Dr : Siham TAMIR  
N: 1 - 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide  
Fix: 0522336822