

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0028246

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	2385	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ND 195800
Nom & Prénom :		SLAMNI RACHIDA	195800
Date de naissance :		04/07/54	
Adresse :		Lot canthine Rue 2 n° 43 Hay Kremal	
Tél. :		0662014171	Total des frais engagés : 1364,50 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	1 / 1 / 2024	Age :	52 ans
Nom et prénom du malade	SLAMNI Rachida	Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète + Hypertension		
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 :	CASA	Le :	01/02/2024
Signature de l'adhérent(e) :			

21 FEV. 2024

ALDOUAR

flaum

ALDOUAR

## **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
12/12/24	CS		300,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date
M. HEDDAH Mohamed Lekhmet, Rue 28 Casablanca		
Tél. : TÉGSM : 05 22 21 33 05 61 08 55 05	1 / 24 / 2005	
INPE 0060A	50	
	60	
	70	
	80	
	90	
	100	
	110	
	120	
	130	
	140	
	150	
	160	
	170	
	180	
	190	
	200	
	210	
	220	
	230	
	240	
	250	
	260	
	270	
	280	
	290	
	300	
	310	
	320	
	330	
	340	
	350	
	360	
	370	
	380	
	390	
	400	
	410	
	420	
	430	
	440	
	450	
	460	
	470	
	480	
	490	
	500	
	510	
	520	
	530	
	540	
	550	
	560	
	570	
	580	
	590	
	600	
	610	
	620	
	630	
	640	
	650	
	660	
	670	
	680	
	690	
	700	
	710	
	720	
	730	
	740	
	750	
	760	
	770	
	780	
	790	
	800	
	810	
	820	
	830	
	840	
	850	
	860	
	870	
	880	
	890	
	900	
	910	
	920	
	930	
	940	
	950	
	960	
	970	
	980	
	990	
	1000	

## Montant de la Facture

$$\begin{array}{r}
 814 \\
 + 25 \\
 \hline
 1064
 \end{array}$$

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation

**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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### **Montant détaillé 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACEUTICAL IMMAM MALLEK  
Dr. MEDDAH Mourad  
Hay Lakermar Rue 28 N° 64 - Casablanca  
Tel. 0522 21 33 13 / GSM. 06 61 08 55 05

M

SEAN RACHID

CASA

le 01/02/2021

FACTURE N° 47

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
10	Kit bouteille d'oxygène	20,00	
16	3 an de bouteille	17,00	
01	lancette	100,00	
Total			520,00

Annexe la présente facture  
à la somme de 520,00  
et o celer

PHARMACEUTICAL IMMAM MALLEK  
Dr. MEDDAH Mourad  
Hay Lakermar Rue 28 N° 64 - Casablanca  
Tel. 0522 21 33 13 / GSM. 06 61 08 55 05

# Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycémique

Casablanca le, 01/02/2024

## Mme SLAMNI Rachida

LOT : 7667  
PER : 09 - 26  
P.P.V : 17 DH 50

12.00 + 2  
35.  
ADO 500 MG

1 comprimé le soir au milieu ou après repas (pendant 03 mois)

149.  
TAHOR 10 mg

1 comprimé le soir après repas (pendant 03 mois)

126.30 + 2  
252.60 AUGMENTIN 1G/125mg

1 sachet, matin et soir (pendant 08 jours)

82.30 DERMOFIX Crème 2%

1 application, matin et soir (pendant 15 jours)

20.60 BRONCHOKOD SANS SUCRE AD

1 cuillerée à soupe, 3 fois par jour (pendant 05 jours)

260.11 1 Kit Lecteur de Glycémie

120.11 Bandelettes

1 boîte de 50 (pendant 03 mois)

100.00 Lancettes

1 boîte (pendant 03 mois)

PPU: 126,30 DH  
LOT: 652727  
PER: 05/25  
EXP: 05 20 P.P.V  
149.00  
LOT N°: HG 1844

PPU: 126,30 DH  
LOT: 652729  
PER: 05/25

bronchokod  
sirop  
Adultes

LOT: 1166  
PER: 05/25  
PPV: 20,60DH

