

# 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

- 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Matricule : 11082

Société : RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : DAHMANI MOHAMED

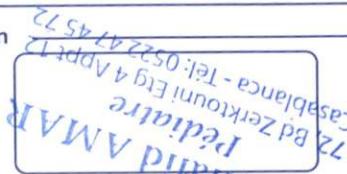
Date de naissance : 29/10/1978

Adresse : 105 Bd. la givande CASABLANCA

Tél. : 0687855048 Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/02/2024

Nom et prénom du malade : DAHMANI Mohamed Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Célicope Triste de l'abdomen

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 23 Fév 2024

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 : 23/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

<b>Achet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

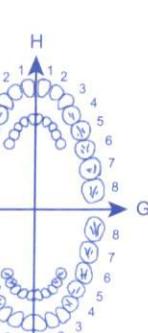
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

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

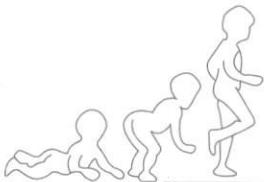
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Khalid AMAR**

**Pédiatre**

Spécialiste de l'Asthme  
et des maladies allergiques  
de l'enfant



**الدكتور خالد عمار**

يختص في أمراض الطفل  
أمراض الحساسية عند الطفل  
مرض الربو (الضيق)

Casablanca le ..... 12/02/2024 ..... الدار البيضاء في

**Enfant Ahmed DAHMANI**

Age : 2 ans et 4 mois

Poids : 12,500 kg

**1) NEOFORTAN 40 MG CP EFF BTE 10**

Prendre 1/2 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours



2 boites

**2) BACILAC INFANTIS STICKS BTE 16**

Prendre 1 sachet par jour, pendant 1 mois



1 boite

PHARMACEUTIQUE  
251, Bd Abdeslam Bouakkaz  
Tél : 05 22 51 52 10  
ICE : 00184331000084

PPC : 142 DH 00

SG23001  
02 2025

Dr Khalid AMAR  
Casablanca - Tel. 0522 47 45 72  
72, Bd Zerkouni, N° 12 APP 12



PPC : 142 DH 00

SG23002  
03 2025

72، شارع الزرقطوني الطابق الرابع، رقم 12. (قرب سوق الورود). الدار البيضاء

72, Bd Zerkouni, 4<sup>ème</sup> Etage, N° 12 (en face du marché aux fleurs) - Casablanca

Tél. : 0522 47 45 72 - G.S.M : 0661 41 15 87 - E-mail : dr.amarkhalid.cabinet@gmail.com