

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE AVANT DE FAIRE UN SOIN

## 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

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03090

Société : RAM

ND 327  
197327

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAMORAH AHMED

Date de naissance :

01.01.1952

Adresse :

MAY ESCALADA EL JADIDA

Tél. : 06.75.29.09.26

Total des frais engagés : 1050,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/09/2024

Nom et prénom du malade : HABIB BOUAFIA NAJAT

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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                                   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/01/2014      | C                 |                       | 100 DHT                         | Dr. F. B. REYDJI Nidha<br>Interdiction de la cigarette<br>Loyezzien G. Opuscule A711-1-Industrie |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                 | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| Pharmacie Hay Ezzalouj<br>1400 20 Nahr El Hamra<br>Lebanon 052 353 929 | 11/8/14 | 95940                 |

### 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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                                   |
| ODF PROTHESES DENTAIRES                        | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |  |             | Coefficient des travaux                           |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411  | 21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | G           | MONTANTS DES SOINS                                |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             | DATE DU DEVIS                                     |
|  |  |  |             | DATE DE L'EXECUTION                               |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |  |  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

# DR AICHA EL BELIDI

Médecine Générale  
D.U gynécologue obstétrique médicale  
Infertilité du couple – Colposcopie  
Faculté de médecine Mohamed V  
Rabat - Souissi



# الدكتورة عائشة البليبيدي

دبلوم جامعي في طب النساء والعقم  
عند المرأة والرجل، الفحص بالمجهر  
 بكلية الطب - جامعة محمد الخامس  
بالرباط السويسري

El Jadida : ٢١٠٢١٠٢٦  
المجديدة في

HOUBAIRI NATA

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

PPV: 171,70 DH  
LOT: 22D05  
EXP: 04/2024

PPV: 171,70 DH  
LOT: 23K07  
EXP: 11/2025

LOT 232815  
EXP 09 25  
PPV 170.00 DH