

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-628282

199198

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11142

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUADOUID Daila

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 94 5938

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. SEDDIKI Asmaâ  
89, Rue El Ghrib  
Hay Laâyoune El Fida  
Casablanca - Tel: 05 22 83 50 39

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/03/2013

Nom et prénom du malade : Dr. Ouaddouid Daila

Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Asymptomatic + Sciatica

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 : .....

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



### VOLET ADHÉRENT

Déclarer

Remp

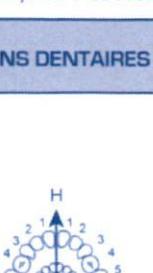
Il sera  
réclamé

Coupo

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HEDID HAZZAZ PHARMACEUTIQUE AL-INARA	15/01/2022	141,20
Méfazine Market Al-Inara DocEUR en Pharmacie		
V2Mars 100ml B6. AIN-THOURA CSA		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
D	00000000	00000000																		
B	35533411	11433553																		
G																				
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

# Dr Asmaâ SEDDIKI

Medecine expert auprès du tribunal

Medecine Générale : Homme

Femme et Enfants

Grossesse et Accouchement

Medecine de Santé au Travail

# الدكتورة أسماء الصديقي

طبيبة خبيرة لدى المحكمة

الطب العام : النساء والرجال والأطفال

الحمل والولادة

طب الشغل

BETASERC 24MG  
CP B30  
P.P.V : 78DH00

Lot : 23EU24  
PER : 05 2026

6 11880001912641

## ORDONNANCE

Casablanca, le .....

11/03/2024.

1) No 7 Quadouud Bela  
B3, up & 3j x osunji  
2) No 11 Shesam  
up & 3j x osunji  
3) No 21 Bela - Seel  
up & 2j  
Mai 20

PHARMACE AL-JAMA AL-INNA  
Hamid Hazzaz  
Distributeur en Pharmacie  
Al 2 Marsi, Local B6, Ain Fakr CASA  
T : +212 522 70 11

DR. SEDDIKI Asmaâ  
89, Rue El Gharb  
Hay Laâyoune El Fida  
Casa - Tél.: 05 22 83 129

Lot : 3778  
Mfg : 10 2023  
EXP. : 10 2026  
BIOCODEX MAROC