

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUUPRAS 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- 0026911

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	8827	Société :	RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A 99332	
Nom & Prénom :		ANOUAR ZAKIA	Date de naissance :	21.04.1967
Adresse :		6, Rue de la Réunion App 13 2 <sup>e</sup> RESA Casablanca		
Tél. :		0661069272	Total des frais engagés : ..... Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/03/2024

Nom et prénom du malade : ANOUAR ZAKIA Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection de la 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 : Casablanca

Le : 18/03/2024

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 de l'Exécution des Actes
14/03/24	CS		300,00	 <p>Dr. Imane Sbaiani Dermatologue Casablanca M.D. Sidi Abdellah Tel: 0522 25 62 61 INPE 051024941 ICE IF 002191499000012 TP 34800280</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE DU LYCEE CASABLANCA 8, bis rue de la Réunion Casablanca Tél: 0522 29 47 67 0522 0100088000047 092022060</p>	14/3/24	359,40

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

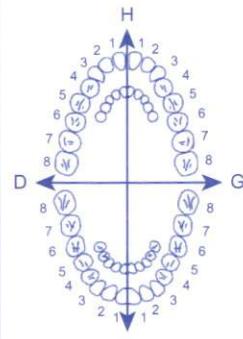
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b>
				<b>FIN D'EXECUTION</b>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DATE DU DEVIS</b>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



Dr IMANE BENNANI

Dermatologie Médicale, Esthétique et Interventionnelle

- Diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénérologie, Université Toulouse III  
 Diplôme interuniversitaire des maladies systémiques, Montpellier et Paris VI  
 Diplôme interuniversitaire de dermatologie pédiatrique, Nice  
 Diplôme universitaire de pathologie et chirurgie du cuir chevelu, Paris VI  
 Diplôme interuniversitaire de dermatologie esthétique, Versailles

14/03/2024

ORDONNANCE

PPV : 23.40 DH  
 EXP : 01/28  
 Lot N° : M0074

Date

ANOUAR ZAKIA



46,30

D CURE forte: ampoules 100.000UI

1 ampoule à boire le matin à jeun

1 autre 15jours plus tard

puis 1ampoule après 1mois

23,40<sup>00</sup>  
fumafer : 2cp 1mois

puis 1cp/j pdt 2mois

au moment du repas avec 1 grand verre de vitamine C 1000mg

PPV : 46,30  
 LOT : 23H21  
 EXP : 08/2026

PPU 26DH90 EXP 08/2026  
 LOT 36037 8

PPU 26DH90 EXP 08/2026  
 LOT 36037 8

LOT : 14222015  
 PER : 09/2026  
 PPU : 26,20 DH

PPU 26DH90 EXP 08/2026  
 LOT 36037 8

26,20 acfol 5mg : 1 cp/j pdt 3mois

x3  
UTS ARNICA gel pour le bleus

ARNICA CH 9

17,35 granules 3x15

Dr. Imane  
Dermatologue  
64, Bd. Sidi Abderrahmane  
3ème Etage  
Beauséjour Casablanca  
Tél : 0522 121222

NPE 051024941  
00219149 000012  
F 1522  
? 348

PPV : 23.40 DH  
 EXP : 01/28  
 Lot N° : M0074

359,40

PHARMACIE DU LYCEE  
 CASA - SARL AU  
 8, bis rue de la Réunion Casablanca  
 Tél : 0522 12147 67  
 ICE : 06168908800004  
 PHARMACIE DU LYCEE  
 092022060

PPU 26DH90 EXP 08/2026  
 LOT 36037 8

PPV 15DH30  
 EXP 05/2026  
 LOT 32045 32

26,20

101: 442304  
FLR: 272027  
FIV: 26.20 1m

26,20

101: 442304  
FLR: 272027  
FIV: 26.20 0m