

# 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

- Reclamation : 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

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6445 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAKIM MOHAMED

Date de naissance : 17/11/65

Adresse :

Tél. : 06613296M

Total des frais engagés : 101539 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 FEV 2024

Nom et prénom du malade : MOUSTAKIM MOHAMED

Age : 58 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermatose

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) : A



## 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
1 FEV 2024	15		300.000	 <b>Docteur Imane MARKOUCHE</b> Dermatologue - Venereologue Dermatologue Esthétique Cosmétologie Laser 224, Rue 14 Mandarona Ain Chok - Casablanca Tél: 05 22 87 58 43

## EXECUTION DES ORDONNANCES

N° Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIE JNANE CALIFORNIE Dr. FALAH YOUSSEF ROUTE TADDETT Rés. LINA JNANE CALIFORNIE AIN CHOQ 01 : 05 22 87 11 12 CASA	24/02/24	779,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		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 <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
D				DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Imane MARKOUCH**  
Dermatologue - Vénérologue  
Diplômée de L'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris



الدكتورة إيمان مركوش  
اختصاصية في أمراض الجلد و التنااسل  
خريجة كلية بيير و ماري كوري-باريس VI  
طبيبة بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le :

21/02/2024

Monsieur MOUSTAKIM MOHAMED

432,00

**VALEX 500 MG CP BOÎTE DE 42**

26,90x6

2cpx03/jx01semaine

**VITANEVRIL FORT CP**

99,20

1cpx03/j x02mois

**NUPENTIN 300 MG GEL**

37,00

**DUOXOL CP**

1gel le soir x15j

1cpx03/j si douleurs

**CUTALGAN SPRAY**

1app x03 ou4/j sur les lésions

49,60

D Cule

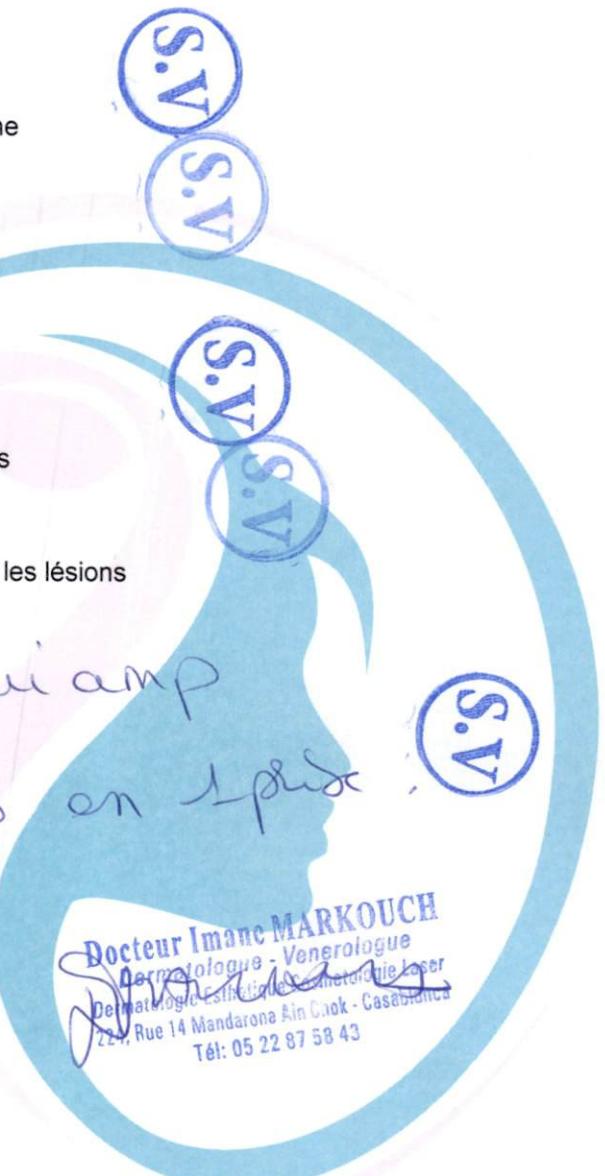
passouamp

Lamp

en 1 phdc

779,20.

**PHARMACIE JNANE CALIFORNIE**  
D. FAHIM YOUSSEF  
10 RISTE TADDART RÉS. LINA  
JNANE CALIFORNIE AÏN CHOCK  
Tél : 05 22 87 11 12 CASA



PPV: 40,60 DH  
LOT: 23H10  
EXP: 08/2026



- éss PPV 26,90 DH  
LOT L1361 PER 11/28
- MINE 100 mg  
PPV 26,90 DH  
LOT L1361 PER 11/28
- PPV 26,90 DH  
Lot L1361 PER 11/28
- MINE 100 mg  
PPV 26,90 DH  
LOT L1361 PER 11/28
- MINE 100 mg  
PPV 26,90 DH  
LOT L1361 PER 11/28
- MINE 100 mg  
PPV 26,90 DH  
LOT L1361 PER 11/28