

# 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

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

M24- 0004045

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2727 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZHA DBANE

ZESSADOU D 902538

Date de naissance : 1953

Adresse : 22, Rue Ibnou KATIR

Tél. : 0661 96 13 69

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/06/2024

Nom et prénom du malade : FADILI NOUFISSA Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Syndrome Pré-infectieux

.....

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 : CASA

Le : 18/10/2024

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

#### **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
10.04 2024	Cso	700,-		Dr. M. S. P. M. Rouanet Le 10/04/2024
	domicile			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al MAWLID Angle de Ibnou Saghif et Abou Hasssan Marif Estimation 03-18 03223 170	10.4.24	8530
Al MAWLID Ibnou Katir Saghif Marif Estimation 03-18 03223 170	18.4.24	51,70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

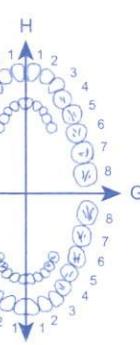
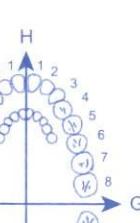
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 D ----- G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AMBULANCE SIMPLE  
AMBULANCE MÉDICALISÉE  
SERVICE MÉDICAL  
AMBULANCE AVION SANITAIRE  
SOINS INFIRMIERS  
AIDE SOIGNANTE À DOMICILE  
HOSPITALISATION À DOMICILE  
CONSULTATION À DOMICILE  
CONTRE VISITE  
ANALYSE MEDICALE  
TEST COVID  
MATERIEL MEDICAL

الإسعاف العادي  
الإسعاف الطبي  
إسعاف الطائرات الطبية  
خدمات تمريض منزلية  
التمريض  
الرعاية المنزلية  
الفحص المنزلي  
إستشارة منزلية  
تحاليل طبية  
اختبار كوفيد  
معدات ومستلزمات طبية

**MAYDAY**

06 13 34 10 01

### Ordonnance Médicale

A: Alma Le: 10.04.2024

Nom & Prénom: FADIL Al Dajoude

٤٢٦٥

٤٢٧٥

٤٢٨٥

٤٢٩٣١

Pharmacie AL MAWLID  
Angle Rue Ibnou Katir  
et Abou Hassan Saghir  
Marrakech Casablanca - Tél : 0522 22 17 06

اقامة "البدر تجزنة" ١١ عمارة رقم ٩٩ المنزل رقم ٧ الطابق رقم ٢ عين السبع الدار البيضاء  
Res. Al Badr Lot N°11 Imm N° 99 Appt 7 Etg 2 Ain Sebaa • Casablanca • Tél : 06 13 34 10 01

Email: contact@maydayhelp.ma  
البريد الإلكتروني

**Cataflam®** 50mg

Diclofénac potassium



NOVARTIS

Anti-inflammatoire, Analgésique.

Voie orale

20 Dragées à 50 mg

NOVARTIS

LOT : M23113-RP

EXP : AOU 2026

PPV : 42,60 DH



PPV:42DH70

Comprimés

12 comprimés de 4 mg

**Coltrax®**

THIOCOLCHICOSIDE

Coltrax® 4 mg  
12 comprimés



6

118000120322

AERIUS®  
5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine  
voie orale

15 comprimés  
pelliculés



LOT: 113-1  
PER: JUN 2025  
PPV: 51 DH 70

15 أقراص  
ملبستة

أيريوس®  
5 ملغ

أقراص ملبستة

ديسلوراتادين  
عن طريق الفم



**PHARMACIE AL MAWLID**

S.A.R.L

RES AL MAWLID 2 RUE IBNOU KATIR MAARIF EXT CA  
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35873151

N° R.C. : 250445

N° ID.F. : 40457105

N° CNSS : 2010122

Tel : 0522231706

Fax : 0522235442

N° ICE 000198434000077

**FADILI NOUFISSA**

I.C.E. :

Le : 18/04/2024

**FACTURE N°: 3582/24**

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	AERIUS 5MG 15CPS MM	51.70	51.70
<b>TVA 7%:</b>	<b>3.38</b>	<b>Total :</b>	<b>51,70</b>

*Arrêtée la présente Facture à la Somme de :*

CINQUANTE ET UN DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

Pharmacie AL MAWLID  
Angle Rue Ibneou Katir  
et Abou Hassan Saghir  
Maârif Extention Casa - Tel: 0522 23 17 06