

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6831 Société : 903860

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUNTAKI Abdallah

Date de naissance :

Adresse : Jamia V Rue 113-N°32-C.D-CASA

Tél. : 0664583462 Total des frais engagés : 404,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



*Facture 28/02/2024*

Age: 1949

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : FHOUAME BATHNA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète et HTA et dyslipidémie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : à vie

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 : 16/02/2024

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 le Paiement des Actes
				François B. Diabaté

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CELESTE MEDICAL	20/04/2014	404,10

### 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
		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			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	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

Dr. Oumayma BERRADA

1081

برادة أميمة الدكتور

Médecine générale  
Lauréate de la Fmpc  
Ancienne interne à l'hôpital Bouafi  
Diplôme de Diabétologie et Nutrition  
de la Faculté de bordeaux  
Diplôme de gynécologie, infertilité et  
suivi de grossesse de la faculté de Bordeaux  
Echographie Générale  
ECG - HTA  
Hijama - Amincissement

الطب العام  
خريجة كلية الطب أو الصيدلة بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقاً في مستشفى بوافي  
دبلوم أمراض السكري والتغذية - بوردو  
دبلوم أمراض النساء، العقم و تتبع الحمل  
بكالوريوس في الطب ببوردو  
الفحص بالصدري  
تخطيط القلب - ضغط الدم  
الحامةة - تخسيس

Casablanca, le : 29/11/2023

m4-6802

18th The FOUNTAIN Bahria.

44' 20" L

43,3042 2 CPS negative

2. Glucophage F.  
51% Bx 3 1cp x 21

3- TORNA 10<sup>3</sup>  
1000 1968

1965 Aug 3 Anepsis - 8 Unad

35,793 1909 Jan 3  
-5 Kastigic 160.  
Isachijam

 Jamila 4 Rue 80 N°247 Etage 1 Oued Eddahab, Sbata  
شارع وادي الذهب، جميلة 4 زنقة 80 رقم 247 الطابق 1 ، سباتا

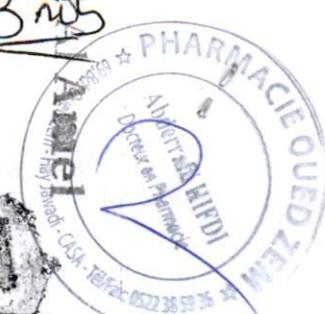


48 May 3

SV  
16

Cabinet médical

May 10



 Jamila 4 Rue 80 N°247 Etage 1 Oued Eddahab, Sbata  
شارع وادي الذهب، جميلة 4 زنقة 80 رقم 247 الطابق 1 ، سباتا

LOT 240231  
EXP 02/2027  
PPV 28.00DH

78,70

LOT 240346  
EXP 02/2027  
PPV 28.00DH

78,70

LOT 240231  
EXP 02/2027  
PPV 28.00DH

78,70

LOT 240345  
EXP 02/2027  
PPV 28.00DH

LOT 240345  
EXP 02/2027  
PPV 28.00DH

LOT 240345  
EXP 02/2027  
PPV 28.00DH



# PHARMACIE OUED ZEM

69 BD OUED ZEM QUARTIER JAWADI 20450

Docteur en pharmacie

R.C :208720 Patente:37309160

T.V.A :49527790 C.N.S.S:2007723

Banque:190780212111570912000603

Tél :0522385936

Le 28/02/2024

## FACTURE N°388205

N° ICE : 001663665000096

MME FHOUME BAHRIA

N° IF : 49527790

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
3	DIAMICRON CO 60MG 60U LM	78,70	0,00	78,70	236,10		236,10		
6	GLUCOPHAGE CO 1000MG 30U	28,00	0,00	28,00	168,00		168,00		



BRUT TTC	404,10	- Remise	0,00	= NET TTC	404,10
----------	--------	----------	------	-----------	--------

Nombre d'Articles : 2

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Quatre Cent Quatre Dirhams et 10 centimes.