

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **ééducation :**

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**

- Réclamation : 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.

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0019291**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01515

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAJA SIBAI HALA

Date de naissance : 17/12/52

Adresse :

Tél. : 06 490 860 71

Total des frais engagés :

Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Dr. SIBAI HALA**  
MEDECIN GÉNÉRALISTE  
Lotissement Lina Lot n° 186  
Sidi Mâarouf - Casablanca

Date de consultation : 01/06/2020

Nom et prénom du malade : NAJAT HABDESSELAM

Age: 68 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Fille

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*diabète + goutte + HTA*

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) :

## 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/06/2020      | C                 | 150                   |                                 | DR. SIBA HALA<br>MEDECIN GENERALISTE<br>Lottissement Lina Lot n° 186<br>Sidi Maarouf Casablanca<br>Signature : [Signature] |
| 08/06/2020      | C                 | 6                     |                                 | DR. SIBA HALA<br>MEDECIN GENERALISTE<br>Lottissement Lina Lot n° 186<br>Sidi Maarouf Casablanca<br>Signature : [Signature] |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

|   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur   | Date       | Montant de la facture |
| PHARMACIE AHMIDA<br>Rue 1100 Complex Commercial<br>Sidi Maarouf Casablanca<br>Tél: 0522 33 55 87 - 06 03 30 93 14<br>ICE: 0004837000083 | 16/06/2020 | 854,80                |
| PHARMACIE AHMIDA<br>Rue 1100 Complex Commercial<br>Sidi Maarouf Casablanca<br>Tél: 0522 33 55 87 - 06 03 30 93 14<br>ICE: 0004837000083 | 06/06/2020 | 120,00                |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires | Montant détaillé des Honoraires |    |    |    |
|---|------|------------------------------|------------------------|---------------------------------|----|----|----|
|   |      |                              |                        | AM                              | PC | IM | IV |
|   |      |                              |                        |                                 |    |    |    |
|   |      |                              |                        |                                 |    |    |    |
|   |      |                              |                        |                                 |    |    |    |

## 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

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées                            | Nature des Soins                 | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---------------------------|---|----------------------------------|-------------|-------------------------|
|                           |   |                                  |             |                         |
|                           |   |                                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                           |   |                                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                           |   |                                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                           |   |                                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                           | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411     | 21433552<br>00000000<br>11433553 | G<br>B      | DATE DU DEVIS           |
|                           |   |                                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |
|                           |   |                                  |             |                         |
|                           |   |                                  |             |                         |
|                           |   |                                  |             |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecin Généraliste

Diabétologue - Nutritionniste

Lot. Lina N° 186 Sidi Maârouf - Casablanca

Tél.: 05 22 97 46 89

السكري

د.ف - الدار البيضاء

05 22



## Ordonnance

Casablanca, le : 08/06/2020

NAJIH ABDESSLAM

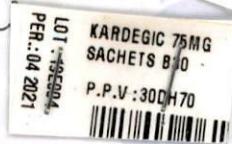
1/ Zyforic 200

31,30 1 cp/j matin



2/ Kardegic 75

1 s/j A.m 6 mai



3/ Simcor 20

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
PER.: 20/09/2021  
LOT: 11/2021

P.P.V.: 30DH70

6 118000 061847

ARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
PER.: 08/2020  
LOT: 960404

P.P.V.: 30DH70

6 118000 061847

soir 6 mai

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V.: 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V.: 30DH70

6 118000 061847

4/ Cardinor a-

1230,00 1 cp/j pd 6 mai

(18100 X 6)

LOT: KA84212  
PER: 10-2021  
PPV: 95,00DH

LOT: KA92391  
PER: 06-2022  
PPV: 95,00DH

LOT: KA83736 PER: 09-2021  
PPV: 95,00DH

LOT: KA81322 PER: 02-2-2021  
PPV: 95,00DH

LOT: KA83736 PER: 09-2021  
PPV: 95,00DH

LOT: KA83737 PER: 09-2021  
PPV: 95,00DH

Médecin Généraliste  
Diabétologue - Nutritionniste  
Lot. Lina N° 186 Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél.: 05 22 97 46 89

الطب العام  
خبيرة في التغذية و داء السكري  
جزئية لينا رقم 186 سيدى معروف - الدار البيضاء  
تف: 05 22 97 46 89

78,70

78,70

78,70

## Ordonnance

Casablanca, le : 01/06/2020

NAJIH ABDESSELAM

1/ Diamicron 60



1cp/j 3 mois

2/ Insulet NPH

matin

32 UI/j

soir 2 mois

3/ Coaginil



1 cp/j matin 1 mois

4/ Solian 100



1cp/j 1 mois

**PHARMACIE AHMIDA**  
Rue 1100 Complexe Commercial  
Ain Maârouf - Casablanca  
Tél: 0522 33 55 87 - 06 03 30 93 14  
(CE: 0004837/vi/00083)

PPV: 125 DH 2021/06  
DÉP: DEC 2021/06  
LOT: 249

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain seba Casablanca  
SOLIAN 100mg, cp séc B 30  
PPV: 139,60 DH  
6 118001 081776

5/ Relaxium Bi

LOT: 200061  
BLUD: 02/2023  
07,00DH

dagel x 2/j 20j

6/ ORO Propolis

LOT: 2120120  
BLUD: 01/2023  
05,10 DH

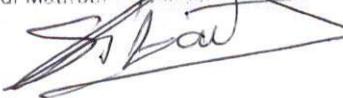
dagel x 2/j 5j

Dr. SIBAI HALA

MEDECIN GÉNÉRALISTE

Lotissement Lina Lot n° 106

Sidi Maarouf - Casablanca



PHARMACIE AHMIDA

Rue 1100 Complexe Commercial

Sidi Maarouf - Casablanca

Tél: 0522 33 55 87 - 06 03 30 93 14

ICE: 000483700000083

854,80