

# 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

- 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.

N° W19-558027

ND: 37286

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 21479		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retraite
Nom & Prénom : ROCHDI M'hamed			
Date de naissance : 14-6-1955			
Adresse : Résidence Walili 7, rue de ram			
Tél. 0621999896		Total des frais engagés : 10.66,50	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 28/04/2020			
Nom et prénom du malade : ROCHDI WIAM			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diématose			
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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 28/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*Abdelhafid*

Dr. Idriss AYAD  
DERMATO-VENEREOPH  
Avenue 2 Mars  
Casablanca 1000  
Tél: 02 25 17 02

## 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
28/01/20	C. f!	250 DH		INP: 94003962

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE LMN 28, Bis Rue de Rome - Casablanca Angle Rue de Rome - Casa 05 22 85 43 95 05 22 81 53 31 05 22 81 53 31 05 22 81 53 31	28/07/2022	816,50

#### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraire
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25633412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>D</b> <b>G</b> <b>B</b> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div> <b>DATE DU DEVIS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
<hr/>														
35533411	11433553													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Docteur Malika AJBABDI**  
**DERMATOLOGUE VENEREOLOGUE**  
**Spécialiste des Maladies de Peau**  
**des Ongles du Cuir Chevelu**  
**Maladies Sexuellement Transmissibles**  
**Cosmétologie**

D  
V

الدكتورة مليكة أجبابدي  
 إختصاصية في الأمراض الجلدية  
 الجلد والأظافر  
 الشعر والأمراض التناسلية  
 الطب التجميلي

Casablanca, le : 28.7.20

PHARMACIE LMV  
 Rue Salonique  
 Km 10, Route Côtier 111,  
 Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
 Keloderm 2% gel b8 sachet  
 P.P.V : 84,20 DH

Wiam

Maphar  
 Km 10, Route Côtier 111,  
 Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
 Keloderm 2% gel b8 sachet  
 P.P.V : 84,20 DH

6 118001 181490

84,20

1 Retoderm packet

101,05

15

peut garder 15 an

Dermofix® crème  
 Sertaconazole  
 PROMOPHARM S.A.  
 6 118000 240259



87,30

87,30

2 Dermofix

pas la ve

27,00

101,00 pas la ve .. pas de

2 Lacidex

27,00 pas de fentes - pubis

LOT: 200013  
 PER: 01-23  
 PPV: 28,00DH

Exfoliac

27,00 pas - pubis

122، إقامة نصر الله - شارع 2 مارس زاوية مولاي إدريس الأول - الطابق الثاني - الدار البيضاء أنفا - الهاتف : 05 22 86 17 03

122, Résidence Nasr Allah - Avenue 2 Mars - Angle Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup> 2<sup>ème</sup> étage - Casa Anfa - Tél. : 05 22 86 17 03

X Bario oil

29,00 lapp/2 tress

X Eucerin eau rinceuse

169,00

143,00

X Sunclear eau lait

lapp/2 tress

Yours n'est et a-nu

X Dr Netasept

Tavelle du corps

102,00

Cicalfate cr

102,00

2 fl/100 ml ds



**Ingredients:** Aqua, Alcohol Denat., Butyl Methoxydibenzoylmethane, Ethylhexyl Salicylate, Butylene Glycol Dicaprylate/Dicaprate, Ethylhexyl Triazone, Bis-Ethylhexyloxyphenol Methoxyphenyl Triazine, Homosalate, Octocrylene, C12-15 Alkyl Benzoate, Cetearyl Alcohol, Phenylbenzimidazole Sulfonic Acid, Tapioca Starch, Isobutylamide Thiazolidine Resorcinol, Glycerethinic Acid, Glycyrrhiza Inflata Root Extract, Glycerin, Tocopherol, Glucosyl rutin, Isoquercitrin, Chondrus Crispus Extract, Xanthan Gum, Sodium Stearyl Glutamate, Glyceryl Stearate, Carbomer, Acrylates/C10-30 Alkyl Acrylate Crosspolymer, Sodium Chloride, Dimethicone, Trisodium EDTA, Sodium Hydroxide, Phenoxethanol, Parfum

Best used before the end of: 162,00

Utiliser de préférence avant fin de:  
Best used before the end of:

Lot / Batch:

1701-MAR  
EXP. SEP-2020

ABJABDI  
Dekk 10 - VERSOLOGUE  
122, Avenue 2 Mars  
Angle Bd. Moulay Ismaïl 1er  
CASA - Tel: 0522 86 17 03

0661073698

PHARMACIE LMY  
28, BIS Rue Salomonidae  
Anduze  
PEZ  
RC: 312 54 8 63 39  
E-mail: lmypharmacie@gmail.com