

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Nº P19- 0041648

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2279 Société : RAM 133218

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

BENNAKHLOUF Hamza

Date de naissance :

29/03/1984

Adresse :

29X AMALKIS 2 NAKHL SUD

Tél. :

0661311689 Total des frais engagés : = 615,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hamza Rahmouni  
Médecin généraliste

Cachet du médecin :

Date de consultation :

02/09/2022 Benma Khlof Rechid Age: 68 ans

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rhume

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 : 28/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes 02/09/22	Natures des Actes VS à domicile	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires 150 Dhs	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes Dr. Hamza Raffo Médecin généraliste
-----------------------------	------------------------------------	-----------------------	--	--

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur <i>PHARMACIE</i> Voie d'Aménagement H.H 47 N°H Hay Laymoune - Hay Hassani Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15 ICE: 001551566000078 - IF: 4015800	Date 02/09/2022	Montant de la Facture 465,10
--	--------------------	---------------------------------

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
---	------	-----------------------------	------------------------

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000	DATE DU DEVIS		
	00000000	00000000			
B	35533411	11433553			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				DATE DE L'EXECUTION	
D					
B					
D					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Importateur Exclusif  
Biocodex Maroc  
www.biocodex.ma  
P.P.C. 94,00 DH

8 032578 479676

LOT 220471  
2025/06  
PPC : 89,50 DH



PPU 58DH40  
EXP 11/2024  
LOT 19022 18

29/22

14160

PPV 14DH60  
PER 03/25  
LOT 11211  
S2

PPU: 126,30 DH  
LOT: 648526  
PER: 10/23

126,30

./ Augmentin X lg Sachets  
Machet x 2/jr pnd

S.i.

14,60

./ Dicloprane X lg cp eff  
Nep x 3/jr

S.V.

67,10

./ Ultralevure X Sachets  
Machet /jr

S.i.

89,50

./ Apikol Spray  
Apulu x 3/jr

S.V.

94,10

./ Sterimar S.i.  
App x 3/jr

15,30

./ Vita C 1000 mg cp  
Up x 2/jr pnd ifs

PHARMACIE TILIA  
Voie d'Amnéna - El Moudouine - Hay H 47 N.H  
Hay Laymonia - Hay Hassani  
Tel 05 22 93 00 84 - Fax: 05 22 93 87 15  
(CE 0015515660000078 - IF: 40153060

Dr. Hamza Rahmouni  
Médecin Généraliste

58,40

Effipred X doming CP

S.Z

2cp / jr pris 4/18

465,10

Dr. Hamza Rahmouni  
Médecin généraliste

**PHARMACIE TILILA**  
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H  
Hay Laymouni Hay Hassani  
Tél: 05 22 93 87 84 - Fax: 05 22 93 87 15  
ICE: 001551566000078 - IF: 40155060