

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10817	Société : R. A. M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : DRIOUVICHE Yed EL Yehdi	
Nom & Prénom : DRIOUVICHE Yed EL Yehdi			
Date de naissance : 06/09/1972			
Adresse : 100, Avenue Hassan II, Casablanca			
Tél. : 05 22 20 45 45			
Total des frais engagés : 186,80 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Cachet du médecin :  MUPRAS 14 OCT. 2022	Dr. EL SUIHRAIA Médecin spécialiste Médecin généraliste Casablanca
Date de consultation : 06/09/2022	Nom et prénom du malade : DRIOUVICHE Nouf	Age : 46
Bien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	Bronchite asthmatique	
Nature de la maladie : Bronchite asthmatique		
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : DRIOUVICHE Nouf

Le : 06/10/2022

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
06-09-2015	TS	6	6	INP : 095000444 DR. EL BOUHIFI RAOUF Médecin généraliste Spécialiste

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourrier	Date	Montant de la Facture
UNIVERSITÉ BOUSSKOURA PHARMACEUTIQUE CENTRE HOSPITALIER	22/06/90	186,80
	ICP : 00184839600000	

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est pré de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G			B	35533411	11433553
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G																	
B	35533411	11433553															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 26.09.72

## ORDONNANCE

Docteur : .....



9340x2

1) OFILEN (enfants) (2 flacons)

1 dose au poids  $\frac{1}{2}$  l/j (48g)

2) Diphéstitique (sirop) (2 flacons)

1 dose au poids  $\frac{1}{2}$  l/j théiere

3) Veneline (spray) (2 flacons)

186.802 bouchées 3x l/j  $\sqrt{M}$  Musée  
Dr. El Bachir RAJAA

93140

93140