

## 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 |

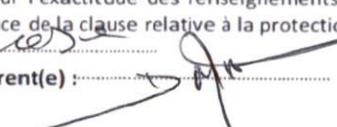
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-763342

134370

<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 :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	DR. LOUISE of EL Yehedi
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 05 22 20 45 45			
Total des frais engagés : 109,30 Dhs			

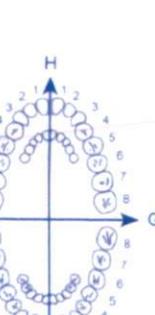
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin	
MUPRAS DR. EL HAKIM HAKIM	
Date de consultation : 21/01/2022	
Nom et prénom du malade : DR. EL HAKIM HAKIM	
Lieu de parenté : DR. EL HAKIM HAKIM	
<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : AXYME	
En cas d'accident 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 : 05/01/2022  
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 01/08/22

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
01.08.2015	G	G		INP : DR BOUHRAJAA Dr. EL BOUHRI RAJAA Médecin Spécialiste En Famille et Gynéco

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BOUSKOURA</b> Dr Ben Amar Lamsalha Bouskoura Nouaceur Casablanca Tel : 05 22 59 23 15	22/09/10	109,30
<b>PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BOUSKOURA</b> N° : 00184839600002		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of teeth treated)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (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 PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b>          Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		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"/>														

Casablanca, le : 01-08-72

## ORDONNANCE

Docteur :

Dr. EL BOUJIN RAJAA  
Médecin en Générale  
CHU Ibn Rochd Casablanca

45,90 x 2

1) Zantel (sirop)

1/2 flacon puis 1/2 flacon le

semaine suivante pendant 1 mois

17,00

2) Dolipéptidum (sirop)

1 dose au moins 10 g cheveux.

13 10,9,30

Dr. EL BOUJIN RAJAA  
Médecin en Générale  
CHU Ibn Rochd Casablanca

Doli®  
PEDIATRIQUE  
PARACETAMOL

PPV 170H50  
PER 01724  
LOT J2791

17,50

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 45,90 DH  
ID: 645956  
6 118001 141357