

## 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.

13/10/2022

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
108171

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

R. A. M  
DRIOLICHE Yed El Mehdi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

209,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22-10-2022

Nom et prénom du malade :

DR. EL BOUHARI Nouf

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Anguée

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 :

22-10-2022

Signature de l'adhérent(e) :

R. A. M

Le : 22-10-2022

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
22.07.22	65	6	6	INP : 0123456789 Dr. EL SOUTIEN Médical Elan Rechi Cazzane

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
UNIVERSITAIRE CENTRE HOSPITALIER SIDI AMAR LARHIB Nouveau Casablanca 101 - 88 - 89 43 15	22/10/22	809,35

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

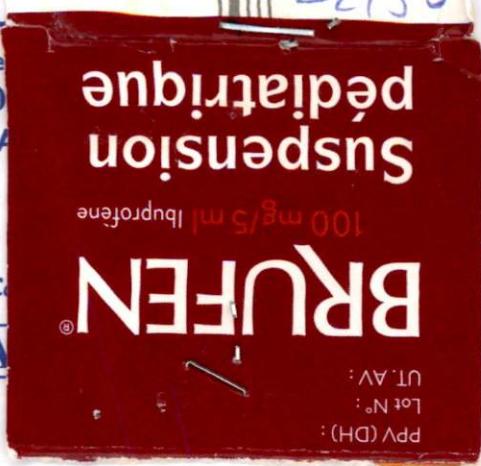
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of teeth treated: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	<b>Nature des Soins</b> (List of treatments: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	<b>Coefficient</b> (List of coefficients: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)																				
				<b>INP :</b> <input type="text"/>																				
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																				
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																				
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																				
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																				
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession.</p>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D				00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
D																								
00000000	00000000	35533411	11433553																					
B		G																						
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																						
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																						
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																						
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																						

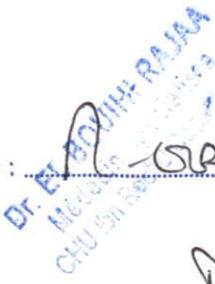


IBN ROCHD  
Casablanca  
الدارالبيضاء  
Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

جامعة ابن رشد  
Centre Hospitalier Universitaire  
1953 غشت 20  
Hôpital du 20 Août



Docteur :



ORDONNANCE

Dr. El BOUTI

93,40 x 2

g) OFIKON (enfants) sirop (2 boute)

22/03 1 dose au moins 2x1j 10mg

g) Omifex (sirop)

acc. fls 600 g

209,30

PHARMACIE CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE BOUSKOURA  
Ouled Ben Amar Limsalha Bouskoura  
Nouaceur - Casablanca  
Tel. 05 22 59 23 15



93,40

93,40