

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

M22- 0036213

136250

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5083 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENYOUNES EL FICHA FICHERIF ALAOUI

Date de naissance : 12/07/61

Adresse : 134 Rue Moulay Hassan Hay Fès

Tél. : Total des frais engagés : 0000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/02/2022

Nom et prénom du malade : HASSIBE ECH ALAOUI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection : RHUMATISME PATHOLOGIE : RHUMATISME

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

HASSIBE ECH ALAOUI



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	et et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15.10.2022			300,00	 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>HACHAMIA</b> <b>PHARMACIE</b> <b>MAZRAA</b> <b>EL EMIRI</b>  <b>CASABLANCA - TEGHAZOU</b> <b>AVENUE DU PHARMEUR RESIDENCE TEGHAZOU</b>  <b>10/10/22</b>	 <b>10/10/22</b>	 <b>7132</b>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

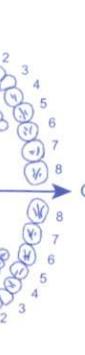
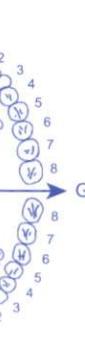
## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

Bon de Consultation

0000825

Date : 15/10/22

Nom : Mme CHERIF ALAMI Nada.Médecin traitant : Dr. Bendai

- Consultation : .....
- Imagerie : .....
- Laboratoire : .....
- Autres : .....

- Total : 300 DH

- Clinique : .....
- Honoraires : .....
- Radiologie : .....
- Laboratoire : .....

مصحة المغرب  
CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi lass - Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39  
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le 15.10.22

Dr Nabil Cheif Aoun

- 1) Prascedin 300  
18800x8 1g/lj 3 min
- 2) Riaco Col 6960 1000x21  
794
- 3) Zithromax x 1000x21  
J poids 1cp/lj x3j
- Marche 3 min /lj ferme  
pft

Riaco Classée

18818

PHARMACEUTICALS  
Natalia ZEMINIANA  
Casablanca - Tel. 05 22 20 28 61  
Avenue Hassan II, 1050

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072844

PPU 188.00 DH

8305032

PPU 188.00 DH

AZIX® 500 mg O

Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941

LOT N° 21172  
PER 08/24  
PPV 79 DHS

79/20

LOT N° 22001  
PER 02/25  
PPV 69 DHS

69/25

