

# 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.

M22- 0042663

N36765

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 110147 Société : ENAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MALLI ZAERNAITE  
Date de naissance : 24/04/1975

Adresse : Itabitve L

Tél. : 06 91 68 84 69 Total des frais engagés : 1774,00 Dhs Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) : .....



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
 PHARMACIE LES PARENTS  
 NADIA GOURANI  
 234 E Lot. Zoubeir G.F. Add 03 /M/ 22  
 Ouelfa - CASA  
 GSM : 06.67.07.50.25

Date

Montant de la Facture

774,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et symboles (H, G, D, B).				MONTANTS DES SOINS
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et symboles (H, G, D, B).				DEBUT D'EXECUTION
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et symboles (H, G, D, B).				FIN D'EXECUTION
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et symboles (H, G, D, B).				Coefficient des Travaux
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et symboles (H, G, D, B).				MONTANTS DES SOINS
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et symboles (H, G, D, B).				DATE DU DEVIS
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8) et symboles (H, G, D, B).				DATE DE L'EXECUTION

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Dr. FIKAL NAJOUA  
Cardiologue  
Boulevard Zouhour, lot N° 158, etage 1.  
El OULFA - Casablanca  
Tél. : 0522900200 - Gsm: 06 61 61 02 71  
INPE: 091246215

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Boulevard Zouhour, lot N° 158, etage 1.  
El OULFA - Casablanca  
Tél. : 0522900200 - Gsm: 06 61 61 02 71  
INPE: 091246215

Spécialité : Cardiologue  
N° INPE : 091246215.

Certifie que Mlle, Mme, M. :

MALKI Zakariae

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

Fibrocaud 180 + Co. ibesar 800/12,5

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

hypertension artérielle + tachycardie

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrit :

Fibrocaud 180 + Co. ibesar 800/12,5

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 21/05/2021

Cachet et signature du médecin traitant



\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



# PHARMACIE LES PARENTS

234 E LOT ZOUBEIR GR ADDOHA OULFA

INP : 092048198

R.C : 273550

Patente: 36208990

T.V.A :

C.N.S.S: 6471065

Tél : 06 67 07 50 25

Le 03/11/2022

## FACTURE N°23381

N° ICE : 001762433000084

MR MALKI ZAKARIAE

N° IF : 50841013

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	CO IRBESAR SUN 300/12.5 BTE 28	158,00	474,00	31,01	7,00
3	FIBROCARD 180 CP BT30	100,00	300,00	19,63	7,00

### CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 21D29 3

EXP 04 2025

PPV 100.00 DH

Voie Orale

Minigranules

LOT 21D29 3

EXP 04 2025

PPV 100.00 DH

Voie Orale

Minigranules

LOT 21D29 3

EXP 04 2025

PPV 100.00 DH

Voie Orale

PPV : 158DH00

Lot n° :

Exp. :

PPV : 158DH00

Lot n° :

Exp. :

PPV : 158DH00

Lot n° :

Exp. :

PHARMACIE LES PARENTS  
Nadha GOURGAIN  
234 E Leissement Zoubeir Grange  
Addoha Oulfa - Casablanca  
Gsm : 06 57 97 61 25

TOTAL T.T.C : 774,00

TVA 7% Base :	774,00	Montant : 50,64	TVA 20% Base :	Montant
---------------	--------	-----------------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :

Sept Cent Soixante-quatorze DIRHAMS.