

## 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 signé 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.

Nº W21-721246

144664

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <b>3336</b>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>EL HADDOUCHI</b> <i>Med</i>		
Date de naissance : <b>20/01/1967</b>		
Adresse : <b>075 ADD N° 1 Hay Wassim cassi</b>		
Tél. : <b>0666 27 14 13</b>	Total des frais engagés :	
Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : <b>LOUARI JADRIAN</b>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Age:		
Nature de la maladie : <b>Affection oculaire</b>		
En cas d'accident précisez 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 :		
Signature de l'adhérent(e) :		
Le : <b>07/01/2023</b>		



### 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
31.12.23	OPD/10	300/60	180	INP: 09/03/1981 

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GARAN PROJET ANNASPVICTORIA 03-01-23 Ouled Saleh - Bouskoura Elhoujji Abdelaziz - Tél.: 0661 477 428	03-01-23	155,60

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	<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"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<input type="text"/> DATE DU DEVIS
	<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000
	D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession
	<input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
	<input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT  
PPC  
DHS

0191221  
2024 12  
79,00

Mylan

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.  
21,rue des Oudaya  
Casablanca - Maroc  
PPV : 76DH60

Allergodil®  
0,05%, collyre  
en solution

de Chirurgie Réfractive et Cataracte  
de l'Université de Bretagne Occidentale

Maladie & Chirurgie des Yeux  
Laser . Angiographie

49, Rue TATA ( Ex. Poincaré ) - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 95 03 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 09 18

Sur Rendez - Vous

الدكتور عبد الرحمن

حاصل على الشهادة الوطنية الـ  
لأمراض و جراحة العيون

حاصل على الشهادة الجامعية لـ  
الجلاة و قصر البصر

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض العيون

أشعة الليزر

49، زنقة طاطا ( بوانكري سابقا ) - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 27 09 18 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 95 03

بالميدان

Casablanca, le ..... 30.1.23 ..... الدار البيضاء في

Louas' Mairan

76,60 . 1 allergodil   
180 227

79,00 1 Gely pure   
180 227

155,60  
                  
Docteur A. BRITEL  
OPHTHALMOLOGISTE  
69, Rue Tata - Casablanca  
(+212) 0522-27.09.18/022.22.04.82

PHARMACIE GARAN  
PROJET ANNASR VICTORIA  
Ouled Saleh - Bouskoura  
Dr. Elhajouji Abdelaâziz - Tél.: 0661 477 488