

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... 7201 ..... Société : ..... RAM ..... 149336

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LABAD Amina

Date de naissance : 11.12.1863

Adresse : Habentelle

Tél. : 0663.082587

Total des frais engagés : 150 + 816,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/02/2023

Nom et prénom du malade : AMINA LABAD Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA + ANXIE

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 : Casablanca

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
09/02/2023			150.0000	Dr El Arahidi Hédonou Médecin Agréé par N° : 1589 Date : 29-03-09

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09 Fevr 2023	816,60 DH

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

The diagram shows a 3D grid structure centered at the origin. Vertices are labeled with letters and numbers. The vertical axis has vertices labeled H (top), G (right), D (left), and B (bottom). The horizontal axes have vertices labeled 1 through 8. The grid consists of 64 vertices arranged in a cube-like pattern.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Dr Redouane EL ARABI**  
**Médecine Générale**

Echographie  
 Electrocardiogramme  
 Petite Chirurgie - Circoncision

**الدكتور رضوان العربي**  
**الطب العام**  
 الفحص بالصدى  
 تخطيط القلب  
**الجراحة الصغيرة - الختان**

Pharmaceutical Institute  
 R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat  
 LOT : 293  
 PER : AUT 2025  
 PPV : 77 DH 20

Casablanca, le : 09/02/2023 الدار البيضاء، في

AMINA

ABD

LOT: 275  
 PER: NOV 2024  
 PPV: 80 DH 00

LOT: 283  
 PER: AVR 2025  
 PPV: 80 DH 00

LOT: 270  
 PER: SEP 2024  
 PPV: 80 DH 00



LOT: 296  
 PER: AVR 2025  
 PPV: 140 DH 00

$$119,80 \times 3 = 359,40$$

PPV	119 DH 80
PER	08/25
LOT	12804
PPV	179 DH 80
PER	08/25
LOT	12803
PPV	119 DH 80
PER	08/25
LOT	12811

09 Fevr 2023

TOTAL = 846,60 DH



Dr. Redouane El Arabi  
 Médecin Agréé par  
 Le Ministère de la Santé  
 Tél: 05.22.93.03.09

Docteur El Arabi Redouane  
 Médecin Agréé par  
 Le Ministère de la Santé  
 Tél: 05.22.93.03.09

تجزئة الحاج فاتح - الرقم 141 - الطابق السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء -  
 Lissassia - Tel: 05 22 93 03 09  
 Lotissement Hadj Fateh - Lot 141 - R.D.C-Apt.2-Casablanca-Tél.: 05 22 93 03 09