

# 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.

**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)

N° W21-785180

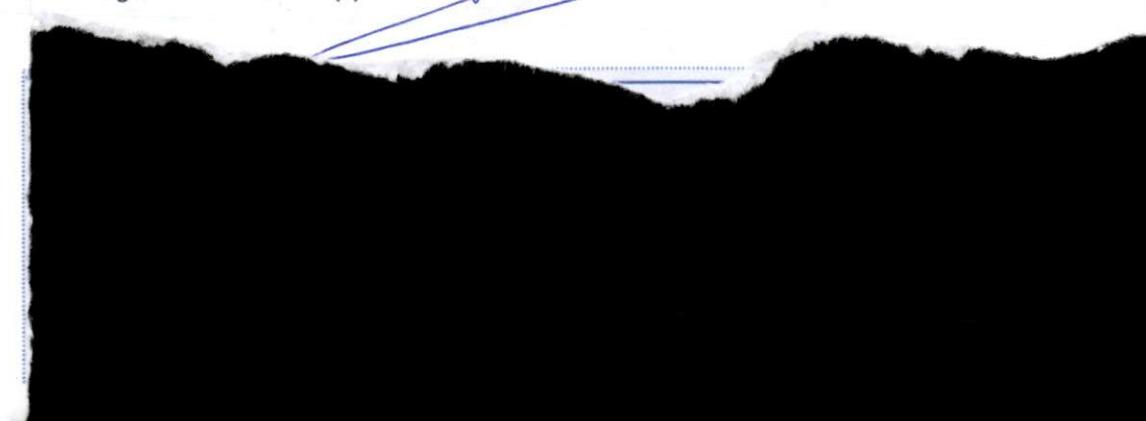
149 362

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b>      | <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)  |  |  |  |
| Matricule :   | 10726                                    | Société :                                    | R.A. M                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)    | <input type="checkbox"/> Autre :             |  |
| Nom & Prénom : Mme OLIADI Fatiha  |  |  |  |
| Date de naissance :   |  |  |  |
| Adresse :   |  |  |  |
| Tél. :  | 06-61-21-47-85                           | Total des frais engagés : 100 tels 33,90 Dhs |  |
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin :<br>  |  |  |  |
| Date de consultation : 07/10/2013   |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : Ouerdane  |  |  |  |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant                                  |  |  |  |
| Nature de la maladie : Kévallie chronique → Allergie  |  |  |  |
| 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   |
| 07.10.2023                     | Q                 | 100,000               | INP : 0911051872                | <br>Dr. Jean-Pierre Lefebvre<br>Médecine Générale<br>App. 8 Loup<br>75000 Paris |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |  |
|--|----------|--|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur:   | Date     | PHARMACIE BOULEVARD DOHA<br>89 Bis, Rue 2, lot. Mahdia, Ain Chok<br>Casablanca - Tél: 05 22 50 15 30 |
| PHARMACIE BOULEVARD DOHA<br>89 Bis, Rue 2, lot. Mahdia, Ain Chok<br>Casablanca - Tél: 05 22 50 15 30 | 21/02/23 | 288.35   |

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

| 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><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.  |  |   |                                     |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>  | <b>Dents Traitées</b><br>(List of treated teeth) | <b>Nature des Soins</b><br>(Nature of treatments) | <b>Coefficient</b><br>(Coefficient) | INP : <input type="text"/>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |  |   |                                     | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |  |   |                                     | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |  |   |                                     | DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |  |   |                                     | FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |  |   |                                     | <b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |  |   |                                     | <b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |          |          |  |  | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G |  |  |
|  |  |   |                                     | H   | 25533412 | 21433552 |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |  |   |                                     | D   | 00000000 | 00000000 |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |  |   |                                     | B   | 35533411 | 11433553 |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| G  |  |   |                                     |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/><br><b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/><br><b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/><br><b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/> |  |   |                                     |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |  |   |                                     |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |

Médecine Générale  
Echographie

Ex. Médecin au CHU  
Ibn Rochd de Casablanca  
Service Chirurgie Pédiatrique

الطب العام  
الفحص بالصدى

طبيبة سابقة بمستشفى الأطفال  
ابن رشد قسم جراحة الأطفال

Ordonnance

Casablanca le 27/07/2023

dr. belghazal

24,90

① Dexamfetamine 50 mg 4x

89,50

75,50

② X 5

PHARMACIE BOULEVARD DOHA  
89 Bis, Rue 2, Lot. Mahdia, Ain Chok  
Casablanca - Tel.: 05 22 50,15 30

81,70

22,70

③ Rivotril 1 mg 30 tablets

1 sachet + 2, 2

④ Pulvaram 40 mg 100

15,30

⑤ nitro

ستيسيه شارع الورود

Rue 49, N°8 App. 8 - Bâtiment Omariya - Résid. Mosquée Omariya Hay Inara  
PHARMACIE BOULEVARD DOHA  
89 Bis, Rue 2, Lot. Mahdia, Ain Chok - Tel.: 05 22 52 17 89 - N°P.: 34025064

Casablanca - Tel.: 05 22 50,15 30

T = - - - 288,30

ستيسيه شارع الدوحة  
PHARMACIE BOULEVARD DOHA  
89 Bis, Rue 2, Lot. Mahdia, Ain Chok  
Casablanca - Tel.: 05 22 50,15 30

Dr. BELGHAZAL SARRA  
Médecine Générale  
Ibn Rochd de Casablanca - App. 8 Lot. Omariya  
Ain Chok - Casablanca - Tel.: 05 22 52 17 89

Distribué par  
PROMOPHARM S.A  
Z.I. du Sabot - Had Soualem  
PPV: 75 DH 50



89,90

22,90

**Vita C1000®**  
PPV 15DH30  
EXP 03/2024  
LOT 0D050 27