

# 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.

153939

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	0819	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		M.A.KO.U.T. Bouchraïh	
Date de naissance :		1 - 7 - 1944	
Adresse :		Haus El Hana chems R. S. A. T. Hay Salam Casablanca	
Tél. :	06.67.04.89.07	Total des frais engagés :	899.90 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr. Loubna RACHOUI Lot Miy Tham N°6 Oulfa 05 22 93 11 25		
Date de consultation :	14/03/2023		
Nom et prénom du malade :	M.I.M		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Alluho Ress		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : 19.3.2023 Le : 19.3.2023

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

## 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
14/03/2023		4	150.00	Dr. Loubna RACHID Lot N° Thami 6 Oulfa 05 22 32 11 25

Demande du Pharmacien  
ou du Fournisseur

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Date	Montant de la Facture
14/3/23	749.95

## Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## Cachet et signature du Praticien

#### 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td style="text-align: left;">B</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	G	21433552		00000000		00000000	D	00000000	B	00000000		35533411		11433553		Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412	G	21433552																	
	00000000		00000000																	
D	00000000	B	00000000																	
	35533411		11433553																	
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dr. Loubna RACHOUI

Médecine Général-Echographie

الدكتورة لبني غشوي

الطب العام - الفحص بالصدى

Diplôme de Diabétologie de la Faculté Médecine Montpellier

دبلوم أمراض السكري من جامعة مونبولي

Diplôme Universitaire de Formation Complémentaire en Gynécologie et  
Obstétrique en Médecine Générale

دبلوم جامعي في أمراض النساء ومتتابعة الحمل

Diplôme en Diététique Médicale de la Faculté Médecine Montpellier

دبلوم أمراض السمنة والتغذية من جامعة مونبولي

Casablanca le : 14/03/2024  
المدار البيضاء في:

MAKout - Beaufortis

134.00 x 3

dr Casablanca

AS

75,80 DH  
09/2025  
Y2691  
Vi  
Imp

180 K 80 mm

ph de fe w.

73.80

Lot :  
A consommer  
avant le :

220128

02/2025

PPC : 70.90 DH

IS

m x 3 ( 1 )

79.00

LOT : 3307  
UT-AV : 09 - 25  
P.P.V : 30DH50

221487  
05 24  
163.70 DH

LOT  
EXP  
PPV

CHOUI  
Bulle

163.70 Soc 2024

Dr.  
Lot Mly  
05

221487

30.50 57 Argosy

AS 2024

Tél : 052293125

Lot Mly Thami N° 6 - 1<sup>er</sup> Etage Rond-point George - Oulfa -Casablanca

جزئية مولاي التهامي رقم 6 الطابق الأول مدار جورج - الألفة - الدار البيضاء

**PPC : 134 DH 00**



5 420044 310395

**PPC : 134 DH 00**



5 420044 310395

**PPC : 134 DH 00**



5 420044 310395