

# 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.

N° W21-793439

✓ 314

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7162

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENBABA HAFI ALI

Date de naissance :

1-12-60

Adresse :

VILLA ANFA 1 N° 30 GAR BOUAZZI

Tél. :

061 415 0762

Total des frais engagés :

402 + 955

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

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

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca le 03/09/2013

Le : 13 14 123

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

## **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
30/04/23	3		4000dh	INP : <input type="checkbox"/> Hakima LAKHDAR Vétérinaire atollah Casablanca Maroc Fax: 05 22 39 42 73

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZYNA 27, Rue Ahmed KADMIRI Cité Plateau Lycée Al Waha 022.99.43.95 Casa	3-4-23	955,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

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

# الأستاذة حكيمه الأخضر

الأمراض الجلدية والتتناسلية

رئيسة القسم سابقاً بالمركز الصحي

الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

Professeur Hakima LAKHDAR

Dermatologie - Vénéréologie

Ancien Chef du service de Dermatologie  
au CHU Ibn Rochd Casablanca.

- 3 AVR 2023

N° Prescription

Ali

1933, 0 x 3

Tequane A.S

1 gr 1,0 x 3 mois

~~PHARMACIE ZYMA~~  
27, Rue Abdessadik ABDIRI  
Cité Plateau Lycee Al Waha  
Tel : 022.99.43.55 - Casa

1 Javel au Gel sucre Camomille Bleue.

264,5

Preparation

<u>A.S</u>	gelée	1F
<u>S.P</u>	éulsion	1F
Desens	gel	1F
myosotis	gelée	1F

07/05/2023

1 plic la moléc. racine de céleri + feuilles  
x 2 mois

36,70

A.S sucre

1 partie pieds de racines +  
feuilles x 2 mois

20,0

4) Clinoderm crème A.S

1 partie racine de céleri

5) D'lavable crème

1 partie am. cheveux x 2 mois

6) 37,60

D'lavable A.S crème.

1 partie am. cheveux x 10g

 MYCODE

LOT: 08022047  
PER: 07/2027  
PPU: 36,70 DH

30

 MSD

بيروز الدين

20,00

LOT : 221373  
EXP : 11/2025  
PPV : 199,00 DH

LOT N° : UTAVI : PPU (DH) :

LOT : 221374  
EXP : 11/2025  
PPV : 199,00 DH

LOT N° : UTAVI : PPU (DH) :

LOT : 221373  
EXP : 11/2025  
PPV : 199,00 DH

LOT N° : UTAVI : PPU (DH) :