

## 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 |

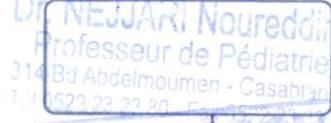
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-795551

159245

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 12306			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Mr FOUDI EL MIRA BET			
Date de naissance : 04/12/1983			
Adresse : Villa 17, Promenade du Nord CASA GREEN TOWN BOUSKOURA			
Tél. : 06 61 06 88 81 Total des frais engagés : 738,00 Dhs			

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	25/10/2013	Age :	3 ANS
Nom et prénom du malade :	Mr ABDELLAH		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Goutte, rhume, grippe		
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 Le : 25/10/2013

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
25/04/2023	3	CF	200	INP : 09100248 Signature du Médecin

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JERRADA 61 Bd Abderrahim El Japid C. OASIS - CASABLANCA PHARMACIE AL ALEMAR	25/04/2023	249.11.0
Dr. HASSAN AL ALEMAR Oasis Green Town	25/04/2023	238.6.1

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	$  \begin{array}{c c}  H & 25533412 & 21433552 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  \hline  B & & G  \end{array}  $ <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pédiatrie  
Néonatalogie et Réanimation néonatale

Ex-enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Consultations sur Rendez-vous

**PHARMACIE JERRADA**  
61, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél.: 23.54.49 / 99.0 Casablanca, le



200.00

الدار البيضاء، في 25/04/23

EL M'RABET Alia

**Doli®**

Pédiatrique

Paracétamol

12.50

PRV 17.0H50  
PER 12/26  
LOT L4089

31.90

PRIMALAN  
SIROP FL 120 ML  
P.P.V: 31DH90  
LOT: 22E001  
PER: 02/2024  
6 118000 011347

Pzimzulen

1 cm x 2 1/2 x 0.5 J

17.50 2/2 Doli pédiatrique (5g)

1 dose (12) x 4 1/2 x 0.4 J

200.00  
2419.40

Ciclovime (5g)

1/2 cm x 3 1/2 x 0.6 J

**PHARMACIE JERRADA**  
61, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA

314, Bd Abdelmoumen, Résidence Beniznassen II (à côté de Antouki), 1<sup>er</sup> étage, n°2, Casablanca

Tél : 05.22.23.23.80 - Fax : 05.22.23.23.81 - E-mail : nournejjari@yahoo.fr

Q<sup>2</sup> / Dyn unit (Eg.)

5° | 119,30 x 2 1 cm Noureddine El Kebir  
Oholca Noureddine El Kebir  
Pédiatrie Casablanca 23-23118  
spu

A product label for 'sanofi-aventis Maroc'. It features the brand name 'sanofi-aventis Maroc' at the top, followed by 'Route de Rabat - R.P.1.', 'Ain Sebaa 20250 - Casablanca', and 'OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40ML'. Below this is 'P.P.V. : 119DH30'. A barcode is at the bottom left, and the number '6 118001 080052' is at the bottom right.