

# 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.

**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)

M22- N° 002168

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1933

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL M A 29 A M 1 M 65 A H A

Date de naissance :

19/04/52

Adresse :

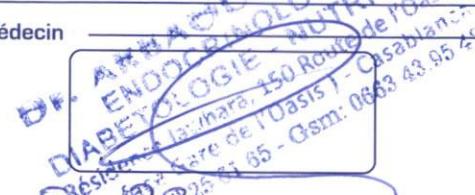
105 FATH 2 N° 21 RUE JASSA

Télé. : 0661 10 6716

Total des frais engagés : 1749 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/05/2019

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  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 : 002168

Signature de l'adhérent(e) : El Ma29 Am 1 M 65 A H A



## 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/15/23        | C2                |                       | 300,-                           | ANNEE 2023<br>ANDOCRINOGIE<br>El Hadj Abderrahmane<br>Boumchra 150 Route de<br>Sidi Abdellah<br>Bab El Oued<br>Oasis 1<br>Gsm: 0663 43 95 43 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                            | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>Ma Pharmacie Maarouf<br/>BIS CASABLANCA<br/>05 22 78 62 05</i> | 23/05/93 | 1445,00               |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

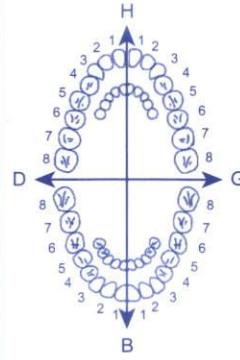
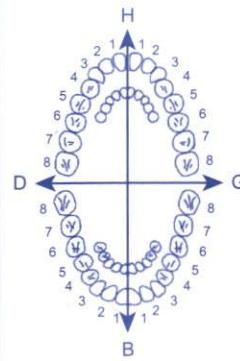
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 <input type="text"/> |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |  |          |  |
|  |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |  |          |  |
|  |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |  |          |  |
|  |  |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |  |          |  |
| O.D.F<br>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 style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;"></td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> |                  | H           | 25533412                                     | G | 21433552 | D | 00000000 | B | 00000000 | D | 00000000 | G | 00000000 | B | 35533411 |  | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H  | 25533412   | G                | 21433552    |  |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |  |          |  |
| D  | 00000000   | B                | 00000000    |  |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |  |          |  |
| D  | 00000000   | G                | 00000000    |  |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |  |          |  |
| B  | 35533411   |                  | 11433553    |  |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |  |          |  |
|  | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |  |          |  |
|  |  |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |  |          |  |
|  |  |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |   |          |  |          |  |



أخصائية

الغدد - السكري

الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité

Casablanca, le : 23/05/23

M EL NA ZYNI Raphaële

: (390,00D2)

- Galerie D.

: (20,80X3)

- Alu upfuge 300 1/2 895 dîner

: (24,40X4)

- UV 300 195

: (6,80X4)

- UV 300 27

: (26,70X4)

- b80mrc 180

: (188,50D2)

- N°cel 89

Ma Pharmacie  
Sidi Maârif  
30 BIS  
Tel: 06 22 78 62 05

|     |        |
|-----|--------|
| LOT | 224803 |
| EXP | 12/25  |
| PPV | 880H50 |

|     |         |
|-----|---------|
| LOT | 224451  |
| EXP | 08/25   |
| PPV | 1880H50 |

Voie orale

إقامة جوهرة، 150 طريق الوازيس ( مقابل محطة القطار الوازيس ) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis ( En face Gare Oasis ) - Casablanca

Tél: 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax: 0522 23 25 06

En cas d'urgence: 0663 43 95 48

Patente: 091046169-IF:401444221-ICE: 001714969000048

20,80

LYSOPURIC®  
Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés

PPV : 26,20 DH

6 118000 190561

LYSOPURIC®

Allopurinol 100 mg

Boîte de 50 comprimés

PPV : 26,20 DH

6 118000 190561

Galvus® 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

1800 031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

20,80

20,80

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160345

21/EXP

ronnance

scribes

UH

sable

LYSOPURIC®

Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés

PPV : 26,20

6 118000 190

LYSOPURIC®

Allopurinol 100 mg  
Boîte de 50 comprimés

PPV : 26,20 DH

6 118000 190561

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342