

# 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

Respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10648**

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre**

Nom & Prénom : **BATISSOUN**

**164349**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0661412628**

Total des frais engagés : **3000D + 100Meli**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **21/03/2023**

Nom et prénom du malade : **Saadaoui Houda** Age :

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfan**

Nature de la maladie :

**colapse thoracique fonctionnelle**

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 :

Le : **21/03/2023**

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
21/03/2023	CS	300 D.H.S		INP : 061887773 Dr Raja Gastro-Enterologue Dr Raja ALEJ Gastro-E(terologue)

08/04/2023 Contrôle

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Chirurgien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HABIBA Dr. RHOUDA Abderrahmane Lissasta Extension N° 275 Casablanca - Tél : 05 22 65 03 48	21/03/2023	100,95

### ANALYSES - RADIographies

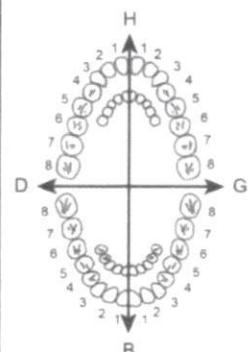
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

 <p><b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b></p>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H	25533412	21433552										
		D	00000000	00000000										
		B	00000000	00000000										
			35533411	11433553										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				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'EXE

## COMPOSITION :

Clidinium bromure (DCI) ...

Chlordiazépoxide ..... 100 mg

Excipients q.s.p ..... 100 mg

Excipients à effet notable : Vésicule - Pancréas)

Lactose et saccharose.

Avant toute utilisation, lire att.

la notice intérieure.

LEJ

pato-Gastro-entérologie



T:22152 PER:10/2025  
PPU:21,00 DH

دكتورة را  
لختصاصية في أمراض  
الكبد - المعدة - الأمعاء -  
أمراض المخرج والبواص  
الفحص بالصدى  
الفحص و العلاج بالمنظار

Librax® 5 / 2,5 mg

scopie et colonoscopie

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

Casablanca, le

21/10/2023

Saadaoui Houda

1) Librax

1cp/ J le soir pdt 2 mois



2) Relaxium 375 mg

1cp/ J pdt 6 mois

3) Esac 40 mg

49,50 1cp/ J le matin pdt 6 mois

4) Flabral

1cp x 21 J ap

PHARMACIE HABIBI  
N° 275  
RHOUDETA  
ISSASFA  
Tél: 06 22 66 03 48  
Casablanca, le 21/10/2023



FLABAL

Vois

30

5.0584  
EUR: 13,25  
Dhs: 79,95 DH

أمة الضمان عين الشق الدار البيضاء

N2, immeuble 34, Bd Al Qods, résidentiel

Tél.: 05 20 56 01 74 / Gsm : 06 19 98 8

raouf.yahiaoui@yahoo.fr