

# 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.

M23-013551

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 2698 Société : 165967

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUMZAIRI Bahoucine

Date de naissance : 02/07/1953

Adresse : Lot Sidi Abderrahmane Rue 29 N°60

Tél. : 633529200 Total des frais engagés : 498 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr Saloua ELAMARI

Cachet du médecin :

Pr assistant  
Endocrinologie , maladies  
métaboliques et nutrition  
INPE: 011216074

Date de consultation : 20/06/2023

Nom et prénom du malade : AFRIDOU

Age : 53

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : des symptômes

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 : LE CASA

Le : 21/06/2023

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
2016/2023 (u)			1309,00	 Dr. ELAMARI Assistant maladiologues et nutritionnistes NIP: 012607

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/06/23	198,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

## **[Création, remont, adjonction]**

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the depth axis labeled 'B' at the bottom. The teeth are arranged in a curve, with the upper arch having a larger curve than the lower arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca le :

05/06/2023

LOT : 230587  
EXP : 03/2026  
PPV : 99,00DH

LOT : 230589  
EXP : 03/2026  
PPV : 99,00DH

A fin de Nagat

98.-x2

1/6 Dns Rés

Age 15 pat 20 ans

198.-

Dr Saloua ELAMARI  
Praticien  
Endocrinologie, maladies  
métaboliques et nutrition  
INPE: 011216074

**.HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**F A C T U R E**

N° **87.426** / 2023 du **20/06/2023**

Nom patient : **AFRIDOU NAJAT**

Entrée **20/06/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **20/06/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
<b>CONSULTATION D'ENDOCRINOLOGIE</b>	<b>1,00</b>		<b>300,00</b>	<b>300,00</b>
<b>Total Frais Clinique</b>			<b>Sous-Total</b>	<b>300,00</b>
				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

<b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		<b>300,00</b>		<b>300,00</b>	<b>0,00</b>

