

## 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'ophtalmologue 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 6638		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : EL KHALFI ELNESTAPHA	
Nom & Prénom : A. 1962 CASA			
Date de naissance : 1962			
Adresse : CASA			
Tél. : 0661066938		Total des frais engagés : 300 + 189,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation : 21			
Nom et prénom du malade : Dr. J. El Ghoul, Age: 54 Ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Comptoir	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : AFFECTATION			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26 JUIL. 2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie MILAD</b> Mme Samira MILAD 283 - Bd Sidi Abderrahmane Hay Salam - C.I.L. - Casablanca Tél: 0522 94 65 30 - 0522 94 29 45 INPE: 092042054	21/6/23	189,-

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
<b>ODF PROTHESSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553		35533411	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
	35533411															
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																



Casablanca le : 11.6.23

**BON DE REGLEMENT**

Reçu de .....

M. .... Ilyas Naima .....

La somme de : Trois cent Dhs  
300.00Dhs

Pour : Consultation

**Cachet et signature**

DR. ZATM  
Ophtalmologue  
13, Rue des Papillons - Casablanca  
Tél : 05.22.25.71.71 (S10) - Fax : 05.22.25.11.15  
INP : 091140186

**Urgence 24/24**

**OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA**



مختبر العيون  
للدرار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



PT230517162447

Casablanca le :  
21 juin 2023

IHYAOUI NAIMA

XILOIAL MONO DOSE

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

S.V

189,  
189,  
Pharmacie MILAD  
Mme Samira MILAD  
283, Bd Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - C.I.L. - Casablanca  
Tél: 0522 94 65 30 - 0522 94 29 49  
INPE: 092042654

**Pharmacie MILAD**  
Mme Samira MILAD  
283, Bd Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - C.I.L. - Casablanca  
Tél: 0522 94 65 30 - 0522 94 29 49  
INPE: 092042654

LOT  
PPC DHS

0750922  
0250909  
PPC 189,00 DH

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : [www.occ.ma](http://www.occ.ma)

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057