

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-U021948

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUAKHCHACHI SANAA

Date de naissance : 14 AOUT 1986 SEC 1 IM 1 ADP 124

Adresse : 15 F 03 1966 Sidi Moumen CASA

Tél. : 06 67 67 44 60 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*DR KHALIL MUSTAPHA  
14 Av. du 20 Mai  
Mabrouka - Réda Guedira  
INP: 091024599  
TEL: 05 22 37 12 80 - Port: 06 63 00 41 00*

Date de consultation : 04/09/2023

Nom et prénom du malade : Mme SANAA Ouakchachachi Age : .....

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Toux + Epigastralgie

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/09<br>2023   | C                 | 1                     | 120,00                          |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 04/09/23 | 236,25                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                 |                |                  |             | Coefficient des Travaux |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G |          |          |

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mustapha Khalil

14, Avenue du Nil  
(Reda Guedira)-Mabrouka

Tél : CAB. Fax : 0522 37 12 80  
URGENCE : 0663 09 41 09

الدكتور مصطفى خليل

14، شارع النيل  
(رضا كديرة) - مبروكة

عيادة - فاكس : 0522 37 12 80  
الماتف : 0663 09 41 09  
المستعجلات :

Casablanca, le 4-09-2023

Mme SANAA Ouakchachi

55,00 - Amoxil 1gr cp disp.  
1cp matin et sois

AS)

69,00 - Socirox sirop

1 cuil à soupe 3 fois pas jour

AS

(12,00)x2 Normogastrol 2btes

PHARMACIE SALIHA  
Dr. M. KHALIL  
Tél. 0522 37 12 80  
Casablanca, le 70/08/17

1cp eff avant 3 separas

14,60 - Solipbrane 1000 eff

1cp eff 3 fois pas jour

AS

- Physiologique

lavage des narines 3 f. j.

Dr. KHALIL (Reda Guedira)  
14 Av. du Nil Casablanca  
Tél. 0522 37 12 80  
Fax: 0522 37 12 80  
Mobile: 0663 09 41 09

- Tobrex flacon 5ml.

3 petits le sois

AS

Stephie

236,75

PPV : 55.00 DH  
LOT : 651036  
PER : 08/24

LOT : 220455  
DLUO : 06/2025  
69,00DH

**NORMOGASTYL**

PPV 12DH00  
EXP 03/2027  
LOT 330314

**NORMOGASTRYL**

PPV 12DH00  
EXP 07/2026  
LOT 26075 5

PPV 14DH60  
PER 07/25  
LOT 2403

**hysiod**

ZENITH Pharma  
PPC : 47,75 DH

PPU 26.40DH