

# 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

N° W21-767413

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ ALD

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12526 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZERRAR ELMEHDI  
Date de naissance : 17/05/63  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/08/2023  
Nom et prénom du malade : Zerrar Elmechdi  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : otite  
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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 18/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## 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'Horizon



# RELEVÉ 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
13.08.2023			400 DA	INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

13/08/23 188,20

# 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

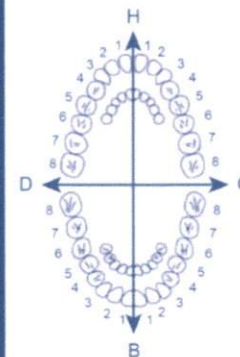
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

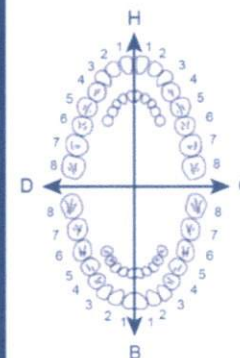
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



AKDITAL

Clinique Atfal  
مصحة أطفال

Casablanca, le 13.08.2023

Zerrari Ismael

1) Rhisonnel spray  
spray de Soir & matin

2) Felixotide spray 125

47,100

1 box 2/5 x

3) Claritec spray

20,60 x 2

4) Augmentin spray

188,20 4Kg x 3/5

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 18 18 (BLG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 0522 23 50 28

E-mail : atfalclinique@gmail.com

Site web : www.cliniqueatfal.ma

PHARMACIE HAY EL MATAR  
Dr. EL MABROUKI Hakim  
Bd. Oum Rabii Oulta - Casablanca  
Tél. : 05 22 93 20 20



Dr. Keltoum GAAO  
Généraliste  
1 Bd. Abd. Rabli Lot. Jawhara "D"  
Tere. : 05 22 23 50 73  
Fax : 05 22 23 50 28




AUGMENTIN 100mg/12,50mg/1ml   
Poudre pour suspension buvable, 60 ml



PPV: 70,60 DH  
LOT: 650819  
PER: 09/2024

PPV: 70,60 DH  
LOT: 650819  
PER: 09/2024

AUGMENTIN 100mg/12,50mg/1ml   
Poudre pour suspension buvable, 60 ml

