

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0010193

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **12300**

Société : **RA 963**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Boutaleb Ghali**

Date de naissance : **03/01/1969**

Adresse : **Résidence d'Avignon, California**

Tél. : **06.61.80.31.38** Total des frais engagés : **516** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **31/10/23**

Nom et prénom du malade : **Boutaleb Ghali** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Ama Rhue Nseurh**

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 : **CSA** Le : ..... / ..... / .....

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
31	0		3.00	06 05 2023 12:00:00 09102337
20	5			06 05 2023 12:00:00 09102337
23				06 05 2023 12:00:00 09102337

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE JAWHARA</b> <i>S. BELHAIB</i> <i>Dr. en Pharmacie</i> <i>22, Rue Lamensais France - Ville</i> <i>Tel &amp; Fax : 02 30 00 34 - CASABLANCA</i>	31/10/23	214.00

## **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.

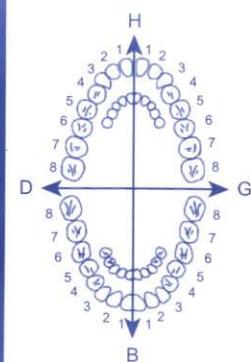
### **Important :**

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



## (Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 139,20 DH  
6 118001 140923

abderrazik  
ste  
Liège Belgique,

Cabinet



بضياء بنعبد الرازق

في الأطفال والرضيع

بلجيك (بلجيكي)

6 118000 0203



Lot number

12 345678901234567890

COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250

COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250

ENFANTS

12

suppositoires

CASABLANCA, le 31.10.2023

Nourrisson BOUTALEB Ghali

Age : 21 mois 28 jours

Poids : 13,70 Kg

LOT 230843  
EXP 02.02.2026  
PPV 21.50 DH

37.00

1 ALLER-Z SIROP

Prendre 1 cuillère-mesure le soir, pendant 15 jours.

16.30

2 SOUFRANE

Prendre 1 goutte le matin, à midi et le soir, pendant 5 jours.

21.50

3 COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250 mg suppos : Film/10

139.20

1 suppo le matin et le soir, pendant 3 jours.

4 PRIORIX pdre/solv p sol inj en seringue préremplie : Fl+Ser/0,5ml

PHARMACIE JAWHAR  
S. BELJIBIB  
Dr. en Pharmacie  
22, Rue Lamenais France - Ville  
Tél et Fax: 022 98 00 34 - CASABLANCA

Dr Hanane BENKHADRA

Casablanca, le

214.00

416، أنوال كابطال سانتر شارع عبد المؤمن زاوية أنوال المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - بالموعد.  
416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

المستعجلات : 06.63.05.28.12 — Sur rendez-vous — benkhadrahanan@gmail.com

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :



37,00

16,30