

# 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

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

N° W21-629602

183806

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 7863 Société : N.A.T

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUIGHA 71 N

Date de naissance : 03/04/67

Adresse : 86 LOT FLORIDA 201 77400 P

Tél. : 066828852 Total des frais engagés : 561 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/11/2012

Nom et prénom du malade : HASNA MOUIGHA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : 29/07/2012 Le : 25/11/2012

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-629602

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7863  
Nom de l'adhérent(e) : MOUIGHA N

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDRES DE MARCHÉS		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>NPE : 092065721</p> <p>PHARMACIE ZENITH MILLENIUM</p> <p>Dr. Amna TAHRI</p> <p>N° 152, Lot Florida Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 32 15 16</p> <p>amna7a@gmail.com</p>	10/11/23	311,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table border="0"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553
	H		G																		
25533412	21433552	00000000	00000000																		
D		B																			
00000000	00000000	35533411	11433553																		
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																					
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																					
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																					



Casablanca, le

10/11/2023

نوع = جنس نوع

13,40 x 3

1) Lévothyroxine 50mg

15

1 - 0 - 0 جول 3 مل

6,80 x 5

2) Lévothyroxine 25mg

5  
SV

1 et 1/2 - 0 - 0 جول 3 مل

PHARMACIE  
Zihna Meknès  
Dr Amina TABRI  
n° 352, Les Florida Casablanca  
Tel: 05 22 32 25 16  
Email: drtabri.meknes@gmail.com

79,00 x 3

3) Tolterodine 10 mg  
0 - 0 - 1 (spes x 60)

SV

3/11/20

PHARMACIE  
Dr Amna LAHRI  
N 162, Lot Florida, Casablanca  
Tel: 05 22 32 15 16  
Email: lahrimna78@gmail.com

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

⇒ x 3 Ged

⇒ x 5 Ged

Dr. DRIOUCHY  
Endocrinologue Dia-  
et Maladies Méta-  
boliq' 1 Rue N° 1  
Bureau N° 501a Casablanca

EXP : 05 21 79,00  
LOT N° : 567  
P.P.V  
79,00

P10023946

EXP : 05 21 79,00  
LOT N° : 567  
P.P.V  
79,00

P10023946

EXP : 05 21 79,00  
LOT N° : 567  
P.P.V  
79,00

P10023946