

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 53A6 Société : R.A.M A87555

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MR. JABER Mohamed

Date de naissance : 1954

Adresse : Rue 9 N° 169 Latissement Sidi Abdellah  
OULEFA CASA

Tél. 06.34.65.62.19 Total des frais engagés : 526,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... Pathologie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC



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) : ...

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAIE	31/11/23	526.70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

### 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	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 in both upper and lower arches. The diagram is divided into quadrants by lines from the center to the midpoints of the arches, with 'H' at the top, 'G' at the bottom right, 'D' at the bottom left, and 'B' at the bottom center. The numbers 1 through 8 are placed on the upper teeth, and 1 through 8 are placed on the lower teeth. The numbers are arranged in a sequence: upper arch: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8;				

M

PHARMACIE SAIB  
SARL - AU  
Dr. Zakaria SAIB

154, Bd Oued Daouia  
Ain sebaâ Casablanca  
05 22 91 16 54

Le 05/04/2017

9.11.23  
DR Nolkesweet  
Jahru

# Facture N° 07

Quantité	Désignation	Prix	Montant
2	Xalarel 10	232,00	464,00
1	Urosta	62,70	
			<u>526,70</u>
Ainsi au montant de Cet achat bruit pas de tax			

PPV: 62DH70  
PER: 04/26  
LOT: M1312

**UROSTA** 

Oxybutynine 5 mg

60 Comprimés sécables

  
6 118000 040866

PHARMACIE SAIB  
SARL - AU  
Dr. Zakaria SAIB  
154, Bd Oued Daouia  
Ain sebaâ Casablanca  
05 22 91 16 54

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 232,00 DH

  
6 118001 081301

6 118001 081301  
PPV : 232,00 DH  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
Route de Rabat - R.P.1.  
Sanofi-aventis Maroc

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : MR TAREK MOHAMED

Matricule : 5316

N° CIN : M 101FG

Adresse : Rue 9 NR 169 Bâtiment Sidi Abderrahman  
DULFA - CASA

Bénéficiaire de soins  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois

Centre d'Urologie  
Professeur Saâd BENJELLOUN  
- Chirurgien Urologue -  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
59, Bd. Zerktouni, Résidence les Fleurs  
Casablanca - Tel. : 0522 88 01 12/13/14

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et le traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

XATRAL 10 mg + UROSTA.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

1er 09 / 2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Centre d'Urologie  
Professeur Saâd BENJELLOUN  
- Chirurgien Urologue -  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
59, Bd. Zerktouni, Résidence les Fleurs  
Casablanca - Tel. : 0522 88 01 12/13/14

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées