

# 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.

## 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.

M22- 0040123

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6887

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Karima

Caribi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 64 26 98 63

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/11/2023

Nom et prénom du malade : K.D.R.N.A. Laabir Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : H-T A

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : 27 DEC. 2023

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
30/11/83	S	6	6	Dr. ALLAOUA - ASA - OASIS 28 Rue de France Ville Oasié Casablanca Tél: 0522.88.83.25 Fax: 0522.88.83.25

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAINT-ROCH UT. FAUBOURG SAINT-ROCH 84 MEDZERES 84052 MARSILLAN CEDEX 6	30/11/23	1116,70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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)**

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) arranged in four quadrants. The quadrants are labeled D (left), G (right), B (bottom), and H (top). The teeth are represented by circles with numbers indicating their position in each quadrant.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 30 Novembre 2023

Mr KARMA Larbi

- Coveram 10/5 mg 1cp/j 269,00 x 2
- LD-Nor 10 mg 1cp/j 57,80 x 3
- Kardégic 160 mg 1sa 35,70 x 3
- Oedès 20 mg 1gel/1 99,00
- Eioresal 10 mg ½\*2/j 140,00
- Mebo 1app\*2/j 105,90
- Hepanat 1cp/soir 24,80 x 1

T: 141670

Traitement de 3 mois

Dr. ALLAOUI Mohammed  
Cardiologue  
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE CASA - OASIS  
20, Rue de France Ville Oasis - Casablanca  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

**COVERAM®** 10mg/5mg  
Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130092

**OEDES** 20mg  
28 gélules



6 118001 100088

**LD-NOR 10mg**

30 comprimés pelliculés



6 118000 082217

LOT : 231511

EXP : 10/2026

PPV : 57,80DH

LOT 211264  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH



**LIORESAL® 10 mg**

Boîte de 50 comprimés

PPV: 105.80 DH



**LIORESAL® 10 mg**

Boîte de 50 comprimés

PPV: 105.80 DH



**KARDEGIC 160MG**  
SACHETS 830

P.P.V : 35DH70

LOT : 23E009

PER : 04/2025

6 118001 081189



**KARDEGIC 160MG**  
SACHETS 830

P.P.V : 35DH70

LOT : 23E009

PER : 04/2025

6 118001 081189



**KARDEGIC 160MG**  
SACHETS 830

P.P.V : 35DH70

LOT : 23E006

PER : 04/2025

6 118001 081189



**LD-NOR 10mg**

30 comprimés pelliculés

6 118000 082217



**COVERAM®** 10mg/5mg  
Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés

6 118001 130092

PPV : 57,80DH  
EXP : 05/2026  
LOT : 230730



**LD-NOR 10mg**

30 comprimés pelliculés

6 118000 082217

259,00

مبيعات ٢٠ فرمص

41,80 DH  
A consommer de Lot : 2082L  
préférence avant fin : Per : 03-2026  
Lot n°



6 111255 870202