

# 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

- 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.

M23- 0023232

Maladie

Dentaire

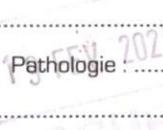
Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	3585	Société :	A95603
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HOUARI ABDELFETTAH			
Date de naissance : 01/01/1952			
Adresse : 400, ROUTE D'EL JADIDA CASA H/H			
WhatsApp : 0661606975 Total des frais engagés : 718,75 Dhs			

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	20.01.24	Age:	72
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Nacera		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : 20/01/24 Casa Le : 20/01/24  
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
	20-01-2021	221,75 DHS

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PROPHYLAXIE NOUR KALÉMA S. S. Nouria 100,00 DHS Sidi Abo-Tahar - Casablanca Tél : 05 22 33 10 11	20/01/24		107,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
DEBUT D'EXECUTION				MONTANTS DES SOINS
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION
DATE DE L'EXECUTION				

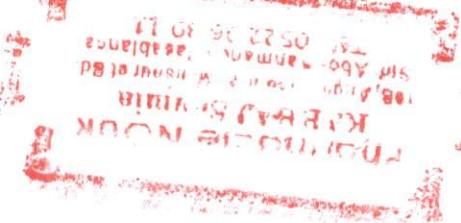
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

221.75  
497.00  
718.75





Institut Pasteur  
du Maroc



Casablanca le, 20/01/2024

EL HOUARI ABDELFETTAH.

1/ MALANIL



- 1 Cp la veille du voyage
- 1 Cp/j pendant la durée du séjour
- 1 Cp/j pendant 7 jours au retour



2/ SPRAY ANTI-MOUSTIQUE

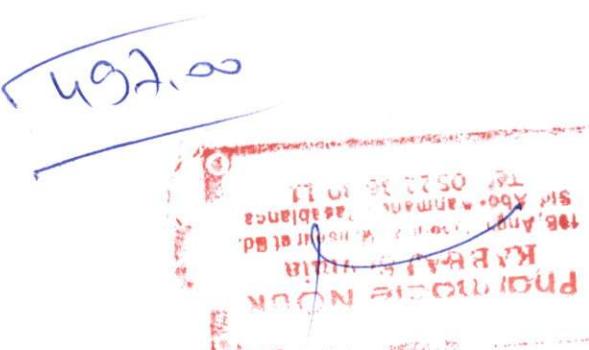
Appliquer sans frotter, en privilégiant les jambes, le tronc et les bras.  
Renouveler l'application toutes les 7 heures.

3/ STAMARIL (VACCIN CONTRE LA FIEVRE JAUNE)

1 IM à vie.

4/ VACCIN ANTI-MENINGOCOCCIQUE ACWY

1 IM tous les 05 ans.



Date	Code client
20/01/2024	C9682

Facture : FC / MED / 2024-001267

EL HOUARI ABDELFETTAH

Mode de règlement : Espèces

Préstation	Quantité	Prix unitaire	Remise (%)	Prix HT
Acte Vaccinal	1,00	5,00	0,00	5,00
Consultation généraliste + Certificat vaccinal	1	80,00	0,00	80,00
Vaccination fièvre jaune	1,00	136,20	0,00	136,20
<b>Total HT</b>				221,20
<b>Montant TVA(7%)</b>				0,00
<b>Frais timbre(0.25%)</b>				0,55
<b>Total TTC</b>				221,75