

## 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.

N° W19-559247

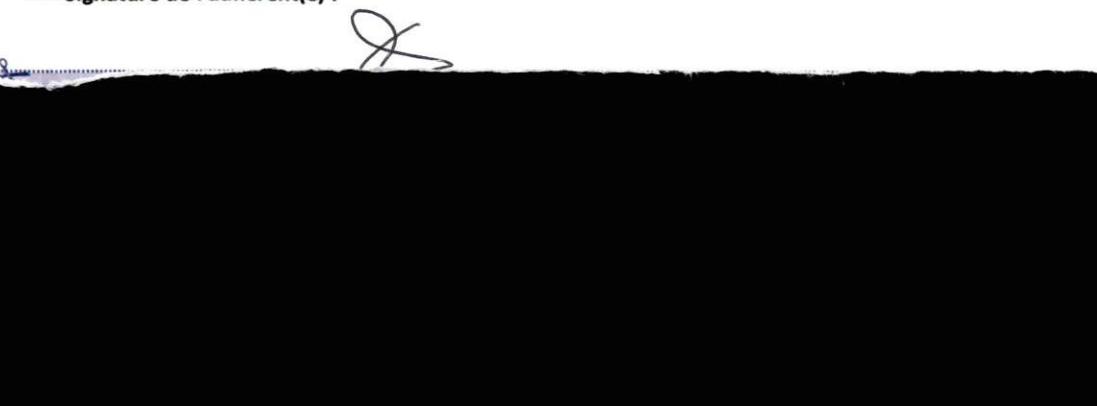
ND: 35883

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>2907</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>BORHATAR ZAIATRA E2018IR</i>
Nom & Prénom : <i>Sidi Maalof</i>		Date de naissance : <i>26/03/1973</i>	
Adresse :			
Tél. : <i>06631811852</i>		Total des frais engagés : <i>1053,00</i> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>10/05/2020</i>			
Date de consultation : <i>10/05/2020</i>			
Nom et prénom du malade : <i>Zaidour Zaitra</i> Age: _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <i>Zialet</i>			
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 : \_\_\_\_\_ 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
10/08/2018	Consultation	1	10000	INP : 0914 KB2D Dr. ZARHOUJI, Nutritionniste Médecin diététologue et diététionniste 0922 46 53 33

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr H. ZARHOUNI El Alasjid, Rue 48 El Fida Casablanca 05 22 28 02 26	6.5.20	1053,00

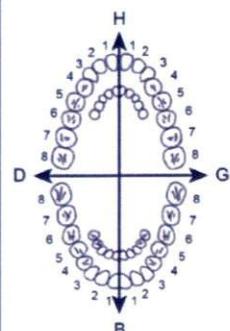
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.



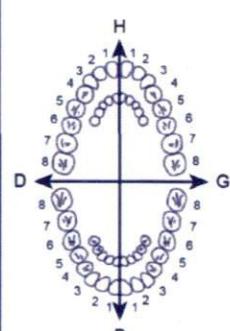
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

## FIN D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOLDES

DATE DU  
DEVIS

DATE DU  
DEVIS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



Casablanca, le :

06/05/2020

Zouhair Zahra

2x 60.00  
 1) Glucos 3mg cp  
 2x 17.10 1cp --- 01  
 2) Netfus 150ml cp  
 2x 32.10 0-1cp - 1cp  
 3) Kandefic 750ml  
 2x 24.60 100ml  
 1) Ampoules cp 8/10  
 1cp  
 747 (48) Rosat 10mg cp  
 1cp

S.A.S

2 NOS

S.A.S

2 NOS

S.A.S

2 NOS

S.A.S

1 NOS

6) Zadanie do wyk.

1997-1998

7) odes

39,000 sell

— 1 —

183,09

**AMLOR PLUS® 5mg/10mg 30 comprimés**  
P.P.V: 246DH00



6 118001 170777

LOT 191337  
EXP 04/2022  
PPV 99.00DH

Dr. ZARHOULE Amal  
Isbalodope - Nutritionniste  
Micronutritionniste  
Tel : 06 22 82 46 33

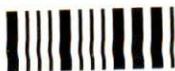
LOT : METFORMINEWIN 850MG  
PER : 08MAI36V CP PEL B30  
P.P.V : 17DH10  
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL 830  
P.P.V : 17DH10  
LOT : 20E004  
PER : 12/2022  
  
6 118000 062134

LOT : 19E003  
PER.: 04/2021  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 30DH70  
 6 1180000 061947  
 LOT : 19E005  
 PER. : 04/2021

PPV : 60DH00  
PER : 04/18  
LOT : E718-1



PPV: 147D440  
PER: 11/21  
LOT: I2658