

## 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 293

Société : RAN RETRAITE

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZIZ ALLAL

Date de naissance : 1932

Adresse : N° 56 Rue Nek ELLI E Hay ARRABTA  
CASAB

Tél. : Total des frais engagés : 951,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/08/2020

Nom et prénom du malade : AZIZ ALLAL Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Dyc - polyarthrite, tbc

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel 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 cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : CK

Le : 24/08/2020

## 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
24/08/2016	Consultation	1	350000	INP : 00160096

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ZENITH MILLENIUM</b> Dr. Amna TAHRI N° 162, 1er étage, Corniche-Casablanca Tel: 05 22 32 15 16 Email: tahrifamina78@gmail.com	24/8/16	151,00

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

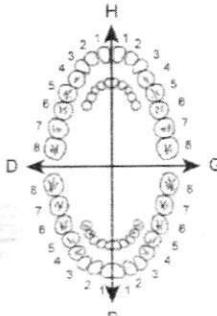
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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"/>													
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> <tr> <td>D 00100000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> </table> <b>G</b>				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	D 00100000	00000000	35533411	11433553	<hr/>	<hr/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	<hr/>	<hr/>															
	D 00100000	00000000															
	35533411	11433553															
<hr/>	<hr/>																
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, Le

24/08/2022

Docteur :

ALLAL AZIZ

120,40

LOT 200184/  
EXP 11/2021  
PPV 121.40DH

1) U - max, 4172g (1 mois)  
1 gél x 1fl (bouteille)  
272,00

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272.00 DH  
ID : 626557  
6 118001 141654

LOT 200921  
EXP 04/22  
PPV 170.00 DH

2) Modert 0,512g (1 mois)  
1cp x fl (bouteille)  
170,00

PHARMACIE  
ZENITH MILLENIUM  
Dr Amira TAHRI  
N°162, Lot Florida, Casablanca  
Tel: 05 22 32 15 16  
Email: tahriramina78@gmail.com



LOT 402 EXP 11/21  
PPV 26DH20  
PPV 20DH20  
LOT 402 EXP 11/21  
PPV 26DH20

3) Ofiken 200mg  
2692023 (pas d'eff)

URGENCES 24H/24H



Patente : 37982364 - I.F. : 40166328 - C.N.S.S. : 7771513 - R.C : 438797 I.C.E : 001644659000031  
147, Lotissement Lina, Sidi Maârouf - Casablanca - Maroc Tél / Fax: 05 22 97 74 00

E-mail : cliniquelina147@gmail.com