

# 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.



## Declaration de Maladie

10288 N° W19-476616 ND: 44787

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) KEDDAFI ABDEL AZIZ

Matricule : 10288 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KEDDAFI ABDEL AZIZ

Date de naissance : 25/07/2020

Adresse : LOT 4 HAJ BATAH 8 oul RA

Tél. : 06.23.59.7727 Total des frais engagés : 4/3.20.

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/07/2020

Nom et prénom du malade : Boudvri / Akout Age: /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Allergie

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'at médecin conseil de la Mutuelle.


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : / Le : /



Signature de l'adhérent(e) : /



# RELEVÉ 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
25/07/2020	Ca		222,200K	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/07/2020	

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

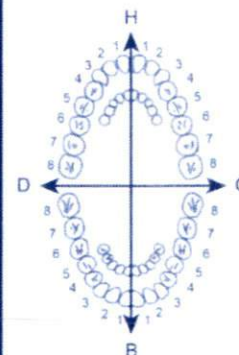
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

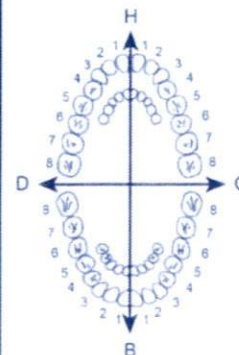
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Asmae MEZIATI

Médecine Générale

Echographie

الدكتورة أسماء المزياتي

الطب العام

التخطيط بالصدى

Casablanca, le : 25/07/2020

M. Bidouri Yakout

90.80

Duphaston

1g x 2li



x 10 jours =

61.20x2

is pour

Mr li

213.20

6 118000 010517

maphar  
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc  
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 90DH80  
Rachid Lamrini: Pharmacien Responsable

1121404

STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA  
Lotte Haj Fateh Rue 67 3 Lot 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 24

Dr. Asmae MEZIATI  
Médecine Générale  
74, Lotissement Haj  
Lissasfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 29  
INPE : 091194

GRACIAL

Plaquette de 22 comprimés  
AMM N° 236/16 DMP/21/NRQ  
PPV: 61,20 DH  
Distribué par les laboratoires Sothema  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

Respecter les doses prescrites  
Respecter les délais d'attente

Tableau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance  
جدول أ (لائحة I) - يوصف بموجب وصفة طبية

6 118001 072415

Lactosum, excipients pro complexes

GRACIAL

Plaquette de 22 comprimés  
AMM N° 236/16 DMP/21/NRQ  
PPV: 61,20 DH  
Distribué par les laboratoires Sothema  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

Respecter les doses prescrites  
Respecter les délais d'attente

Tableau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance  
جدول أ (لائحة I) - يوصف بموجب وصفة طبية

6 118001 072415

274. مجموعة الحاج فاخ (قرب سوق الحاج فاخ) - ليسانسفا  
274, Lotissement Haj Fateh (près du Marché Haj Fateh) - Lissasfa  
الهاتف : 05.22.93.29.63 - المحمول : 06.61.62.22.61 GSM :