

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 060764

47264

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8512 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Koun 75

Date de naissance : 06/07/50

Adresse : Casa

Tél. : 0661414151 Total des frais engagés : 0.20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/09/2020

Nom et prénom du malade : Koun Rejel Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : Casa Le : 07/11/2020

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
07/09/2020 - Cr			G 6	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr Lalla Lahoussaine Pharmacie Lalla Lahoussaine 110 Bd Roudané Casablanca Tél: 06 22 98 97 83 Fax: 06 22 25 37 04 N° C.I.C.E: 000 201 383 0000 86 N.P.F: 092 06 19 10	07/09/20	 T = 220,20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

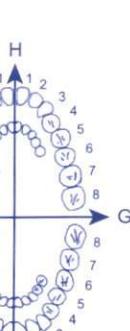
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي  
**CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS**  
Casablanca le 07/09/2020

Casablanca, le .....

Madame

RAJAE KOUN

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

70,60  
**S.V.**

OFLOCET GOUTTES  
1DOSE \*2 PAR JOUR PDT 7 JOURS

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Ofloct 1.5 mg/0.5 ml sol  
auriculaire b20  
P.P.V : 70,60 DH

6 118001 080571

82,00  
**S.V.**

ISOX 200  
1 CP PAR JOUR \*7 JOURS

82,00

53,10  
**S.V.**

RELAXOL 500  
1CP \* 3 PAR JOUR \* 7 JOURS

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
LOT : 190602  
PER.:06/2022  
P.P.V : 53DH10  
6 118000 060833



14,50  
**S.V.**

ANDOL 1 g  
1 cp 3 fois par jour

pharmacie Dr Laroussi S.A.R.L.  
206 - 210 Bd Sidi El Mokhtar - Casablanca  
Tél: 05 22 98 97 83 / Fax: 05 22 25 37 04  
ICE: 000 204 383 0000 86  
INPE: 092 06 19 10  
14,50

Signé : Professeur HESSISSEN M A

T = 220,20

Pharmacie Laroussi S.A.R.L.  
Dr Laroussi LABOUSSI  
206 - 210 Bd Sidi El Mokhtar - Casablanca  
Tél: 05 22 98 97 83 / Fax: 05 22 25 37 04  
ICE: 000 204 383 0000 86  
INPE: 092 06 19 10



Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca  
Tél. 0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32  
Fax 0522 20 18 85  
codealfarabi@gmail.com  
IF : 14478582  
ICE : 001837199000069