

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

Maladie       Dentaire       Optique      **16198**  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : **9020** Société : **RAM**

Actif       Pensionné(e)       Autre :  
Nom & Prénom : **KHARZI ADIL**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0662763203** Total des frais engagés : **1000000** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Marouane BENCHERKOUN**  
Médecine Générale - Echographie  
76, Bd. El Fioa 1er Flg. Derb Rokra  
Tel. 05 22 28 39 03 - Casablanca

Date de consultation : **11 Dec 2019**

Nom et prénom du malade : **GHENNEM EL KHANSA** Age : **40**

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : **Rhumato + grippe**

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 : **Casab** Le : **11/12/2019**

Signature de l'adhérent(e) : 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LE CREPUSCULE Rue 56 Lot Hassan II CASABLANCA Tél/Fax : 05 22 33 53 47	02/12/13	340,00

## **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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21432552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21432552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411	
H	25533412	21432552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	11433553														
B	35533411															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

**OMNIPRATICIEN**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Dakar  
C.E.S. d'Echographie Générale

**الطب العام**

خريج كلية الطب والصيدلة بدمشق  
حاصل على شهادة الفحص بالصدى

GHAEN WEM EL KHANSA

Casablanca, le 12 Dec 2019

$69,00 \times 3$   
~~207,00~~

S.V.

Praxileni 200'

1 cps x 3 h

طريق الفم  
LOT: 71970  
PER: 7-2020  
PPV: 69,00DH

PPV: 69,00DH

30,80

S.V.

Vitaneril fort

1 cps x 3 h

30,80

10,30

S.V.

Dohydrate 500 mg

1 cps x 3 h

PPV: 10DH30  
PER: 10/21  
LOT: H2124

$23,90 \times 2$   
~~47,80~~

S.V.

Poleni frise

1 CPS

PPV: 10/21  
PER: 23,90DH

R: 05/21  
P: 23,90DH

16,30

S.V.

Bonfratre

1 pmh

16,30

$14,30 \times 2$   
~~28,60~~  
~~24,00~~  
~~48,00~~

S.V.

Rhume febr

1 g

PPV (DH):

180990  
V: 06/2021  
: 14,30 DH

الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 28 39 93  
76, Bd EL FIDA - Derb FOKARA - 1<sup>er</sup> Etage - Casa

14,30

PPV (DH): LOT N: