

# 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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)

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0024693

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1909 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUTLOU BRAHIM Date de naissance : 01/01/56

Adresse : OP parties California Imm 8 Apt 10 Ain chok

Tél. : 06 73 17 84 84 Total des frais engagés : # 952,00 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15 NOV 2019

Nom et prénom du malade : OUTLOU BRAHIM Age: 63

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Angine

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements en 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 : 05/11/19

Signature de l'adhérent(e) : C. A. D.

**ACCUEIL**

**14 JAN 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
22 Nov 2019			250 DH	Dr. Kharbouch Jounay Ophtalmologiste 20 Bd. 2 Mars Et Bd. Qods Residence Al Majd Imm. Y, N°1 Tél: 0525 52 10 61
00				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5-11-19	702,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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'ODT.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a cyclohexane ring with various substituents. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, and a horizontal arrow labeled 'G' points to the right. A coordinate system is centered at the top of the ring. Substituents are labeled with numbers 1 through 8 and lowercase letters 'r' and 's'. Substituents at positions 1 and 2 are labeled '1' and '2'. Substituents at positions 3 and 4 are labeled '3' and '4'. Substituents at positions 5 and 6 are labeled '5' and '6'. Substituents at positions 7 and 8 are labeled '7' and '8'. Substituents labeled 'r' are at positions 2, 4, and 6. Substituents labeled 's' are at positions 3, 5, and 7.

[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

# Ordonnance

Casablanca le : ....05 novembre....  
2019

Mr. OUTLOU BRAHIM

234,00 x 3 = 702,00

GANFORT

1 GOUTTE PAR JOUR LE SOIR A 21 H, les deux yeux, 3 Mois

GANFORT® 0.3mg/ml + 5mg/ml

Collyre en solution Flacon de 3ml

6118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Médicament autorisé N° 333 DMP/21/NRQ

Dr Hind Kharbouch Joudy  
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qods  
Résidence Al Majd Imm. Y.M.  
Tél: 0522 87 05 98

GANFORT® 0.3mg/ml + 5mg/ml

Collyre en solution Flacon de 3ml

6118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Médicament autorisé N° 333 DMP/21/NRQ

702,00

GANFORT® 0.3mg/ml + 5mg/ml

Collyre en solution Flacon de 3ml

6118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV : 234DH00

Médicament autorisé N° 333/DMP/21/NRQ

