

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## adiologie 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

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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1623 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YAMID SAADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. El Hassane RAHOUA  
NEURO PSYCHIATRE  
Bd. Allal El Fassi, Rési. Jauhara N° 26,  
3ème Etage en face de la Mosquée al Aneur  
Marrakech - Tel : 05 24 31 17 78

Date de consultation : 18/12/2018

Nom et prénom du malade : YAMID Saadia ..... Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Neuro Psychiatre

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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
10 DEC 2012	CNP 57	1	300,00	<del>Dr. El Hassane RAHOUA NEURO PSYCHIATRE Bd. Alali El Fassi, Rési. Jacuhara N° 26, à coté de la mosquée al Anouar 05 24 31 17 78</del>

#### **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE Mme MAZDAOU Rue Jammiaat Bedii II Bedii II Tel : 05 24 30 11 11	18/12/19	30.90,56

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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																		
<b>O.D.F PROTHESES 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; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				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'EXECUTION

Dr. El H.

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60



STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60



STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60



6 118000 061465 Marrakech, le

e Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V.: 298,00 DH



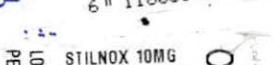
6 118001 050697

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60



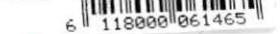
6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60



6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60



6 118000 061465

Mme YAMID Saadia

(Ac 050717)

~~138,10 x 5 = 960,50~~  
~~40g Scipralox 20mg!~~

~~179,00 x 6 1/2 = 1074,00~~  
~~20g Velakor 75 mg :~~

~~29,50 x 6 = 177,00 - 0 - 1~~  
~~3g Temesta 2,5 :~~

~~29,50 x 2 = 59,00 1/2 - 1~~  
~~4g Madopar 250~~

~~56,6 x 5 = 283,00 1/2 a 1/2 , 1/2 a 1/2~~  
~~PHARMACIE Mme HAZDAOUT Danya~~  
~~Rue Jamiaat Ben Youssef~~  
~~Marrakech Tel : 05 24 31 14 97~~

~~14g au coude si = forme~~

Dr. El Hassane RAHOUA  
NEURO PSYCHIATRE  
Bd. Allal El Fassi, Rési. Jacchia N° 26,  
3ème Etage en face de la Mosquée Al Anouar  
Marrakech - Tél : 05 24 31 17 78

Durée de Traitement : 3090 J 23 (tris) mois.

18. 03. 2022 a.

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



05/21  
iouh  
2021

TEMESTA 2,5MG  
CP SEC B30

P.P.V.: 29DH50



6 118000 011576

بوفرة رقم 26 الطالب الثالث أيام مسجد الأنوار  
شقة Al Anouar - Marrakech - Tél. : 05 24 31 17 17

PER.: 08/03/2022  
LOT: 19JF002

TEMESTA 2,5MG  
CP SEC B30  
P.P.V.: 29DH50



6 118000 011576

LOT N° : 1907477  
EXP : 07/2022  
PPV : 179DH00

LOT N° : 1907477  
EXP : 07/2022  
PPV : 179DH00

LOT N° : 1907477  
EXP : 07/2022  
PPV : 179DH00

LOT N° : 1907477  
EXP : 07/2022  
PPV : 179DH00

LOT N° : 1907477  
EXP : 07/2022  
PPV : 179DH00

192,10

192,10

192,10

192,10

192,10