

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

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

N° W19-506785

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) <b>21902</b>			
Matricule : <b>7796</b>			
Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>LOUZGAMI / Fata</b>			
Date de naissance :			
Adresse : <b>CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>06 66 03 25 14</b> Total des frais engagés : <b>1000</b> DHS			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Dr. Hanif BIZIARRAK Médecin Généraliste Derb Baladja Rue 75 N° 18 Sidi Othmane - Casablanca Tél: 05 22 55 55 06</b>			
Date de consultation : <b>17/2/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>LOUZGAMI / Fata</b> Age : <b>1960</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Maladie - S. Géppi</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>14 FEB 2020</b>			
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.			

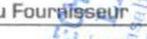
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : **CASABLANCA** Le : **11/02/2020**  
Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

## 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
11/2/2024	9	C	150000	INP : 091216150 Dr Hamid EL QUAR Médecin Général n° 15

NP : 091216155  
Dr. Hamid EL OUARRAK  
Médecin Généraliste  
Derb Baladia rue 75 N°18  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tel: 05 22 55 55 06

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>LIBOURNAT</b> <b>SEBATTI</b> <b>00 49 90 05</b> <b>9 0 2 0 4 1 9 6 1</b>	11/11/2012	178.00

het du Pharmacien  
du Fournisseur

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

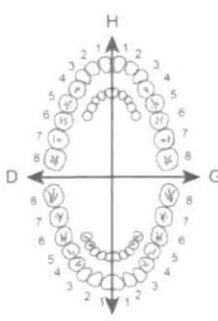
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET 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'ODF

SOINS DENTAIRES	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>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> <b>B</b>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>													
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>													

Docteur Hamid EL OUARRAK

Médecine Générale

D.U. en Diabétologie



الدكتور حميد الوراقي

الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري

Casablanca le 11.2.2021

LOT : M0595  
EXP : DEC 2021  
PPV : 19,30 DH



22.00 - Rhumix - 10' 2  
1 j x 3 m



99.00 - Lafrauw 2m  
16 gels



19.30 - Othmane g m Nata  
1 jpx 3



15.00 - toplexil. syr -  
1 Cpx x 3



رقة 75 رقم 18 درب البلدية، سيدى عثمان قرب صيدلية الأمان - الدار البيضاء

Rue 75, n° 18, Derb Baladia Sidi Othmane - à côté de pharmacie Al AMANE - Casablanca  
Tél. : 05 22 55 55 06 / GSM : 06 60 22 66 99 E-mail : elouarrak.doc@gmail.com

PHARMACIE  
Raja à SEBBAGH  
16, 115 22 30 49 90 / 05 22 54 37 79  
Casablanca  
Tél. : 05 22 55 55 06

Dr. Hamid EL OUARRAK  
Médecin Généraliste  
Derb Baladia Rue 75 N°18  
Sidi Othmane Casablanca  
Tél. : 05 22 55 55 06