

# 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
(23136) <input type="checkbox"/> A		
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricole : <u>12.838</u>		
Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>AFR HOUL Mohamed Amine</u>		
Date de naissance : <u>08/12/1984</u>		
Adresse : <u>Residence Jnane California, Yenora 2, Apt 11</u> <u>Hay Mandarrena, Ain Chack, Casablanca</u>		
Tél. : <u>0668595298</u> Total des frais engagés : <u>335,90</u>		
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
		
Date de consultation : <u>24-07-2020</u>		
Nom et prénom du malade : <u>Mohamed Amine Ahroul</u> Age: <u>35</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan		
Nature de la maladie : <u>Gastr - entérite</u>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>/</u>		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 26/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVÉ 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
14.08.2018	Cg		150,00 DH	INP : 081171339
				
				
				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/02/2022	185,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

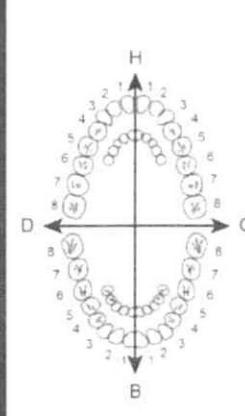
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
																								
MONTANTS DES SOINS																								
DÉBUT D'EXÉCUTION																								
FIN D'EXÉCUTION																								
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																								
<p><b>DETÉRMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>											H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
H	G																							
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
D	G																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B	B																							
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>																								
MONTANTS DES SOINS																								
DATE DU DEVIS																								
DATE DE L'EXÉCUTION																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Docteur Akram EL FARISSI

## Médecin Généraliste

## Médecine Générale - Médecine d'urgence Echographie - Electrocardiogramme

المكتبة الفارسية  
طبيب عام

الطب العام - طب المستعجلات  
الفحص بالصدى - تنظير القلب

Casablanca le : 24 Fevr 2020

## Ordonnance

Mr AFRHOUL MOHAMED AMINE

48,70

EUZOL 20 MG gel  
1 gel / jr pendant 7 jours

1970

APAZIDE 200 MG GÉLULE BOÎTE DE 16  
2 gel x 2 /jр pendant 4 jours

65/20

Ultralevure 250 mg  
1 gel x 2/jr pendant 8 jours

3,400

SMECTA Poudre pour Suspension Buvable Boîte de 30 Sachets  
1 sach. x 3/jr pendant 3 jours

18530

الدكتور اكرم الفارسي  
طبيب عام - كلية المستنصرية



إقامة الفتح ١، الدرب ٣٠، الطابق الأول شقة رقم ٤، شارع التحسين  
حي مولاي عبد الله، عين الشق - أمام مقهى كنوز - الدار البيضاء  
05 22 52 26 67 