

# 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.

## Biologie 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 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 |

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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

211286

Matricule : 9588

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHYATE MOHAMED

Date de naissance :

16/08/1956

Adresse :

HABIB FERACHE

Tél. : 06 68 61 13 72

Total des frais engagés : 1000,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. OUDRHIRI NAIMA  
Expert Assermenté  
Derb Inani Rue 29 N°3  
Hay Mohammedi  
Casablanca Tel: 05 22 62 02 35

Date de consultation : 07/03/2020

Nom et prénom du malade : CHAYATE MOHAMED Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ALLAI - URCHELLA H.T.A

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements suivis 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 : 10/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

dc.

## 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
07/03/2010	2	1	150 DH	Dr. OUDHIRI NAÏMA Expert Assermenté Derb Inani Rue 29 N°3 Casablanca Tel: 06 27 62 02 30
03/03/2010				
02/03/2010				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

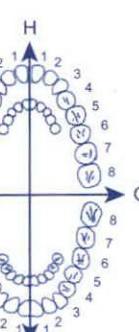
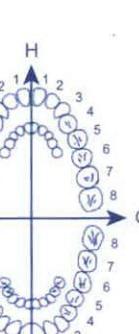
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Doctor Naïma OUDRHIRI  
MEDECINE GENERALE

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

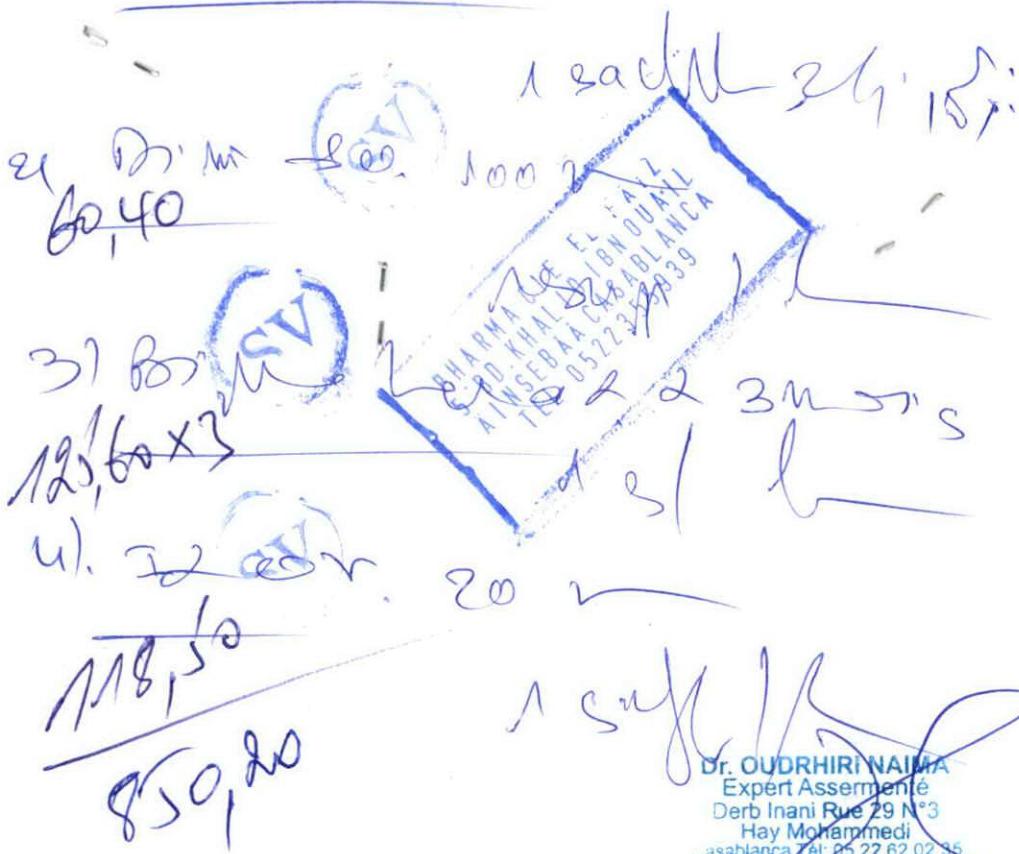
الدكتورة نحيمة وعريبي  
الطب العام  
طبيبة محلفة  
خبيرة لدى المحاكم

126,30  
168,20

Casablanca, le 07/03/2020 الدار البيضاء، في:

M<sup>me</sup> CHAYAT. Nohra

1) Assentement



**AUGMENTIN®**1G/125 mg  
Sachets

Sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Uniquement sur ordonnance  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 168,20 DH  
LOT: 598920  
PER: 08/19



Augmentin® est une marque déposée des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

**AUGMENTIN 1g/125 mg**  
sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.  
كيس...مرة في اليوم يتناول ملليلتر من الماء، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH  
LOT: 514345  
PER: 10/20



125,60

**Di-INDO® 100 mg** 10 suppositoires

PPV 600H40 EXP 08/2022  
LOT 93016 6

**IXOR 20 mg** 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50 EXP 11/2020  
LOT 80037 1

125,60