

# 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.

## 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.

## ptique :

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.

## entaire :

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 à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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 : Nº P19- 0017159

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

**21879**

Société : .....

Matricule : **4217**

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : **KAHALLIA MUSTAPHA**

Date de naissance : .....

Adresse : **W. P. A. S. A. G. E. 13 H. A. Y. T. I. S. S. I. R. 2. B. E. R. C. H. I. D**

Tél. : **06 33 49 38 55**

Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

**Dr. A. LAABOURI**  
Traumato-Orthopédiste  
87, Bd. My Ismail - Béni Mellal  
Gsm: 0661 32 50 9  
T.P: 091 037 452

Cachet du médecin :

Date de consultation : **19/02/2020**

Nom et prénom du malade : **M. Alia Kaha**

Age : .....

Lien de parenté : **Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Lambeuse. fissure anci**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Non**

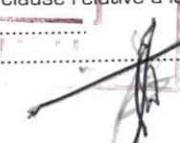
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

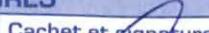
Fait à : .....

Le : **09/12/2020**

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
10/01/2020	C2	300000		 Dr. ABDULLAH ISMAIL Ortho-Ortho P: 0661 0000

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><del>pharmacie de MEDINE</del> Dr. JAT Yasmine 86 Rue de Medine - Berrechid Tél.: 0522 32 71 33 INPE: 052020771</p>	19/02/2020	320,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICALS

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'OD.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the midline and 8 at the molars. Four directional markers are present: 'D' on the left, 'H' at the top, 'B' at the bottom, and 'G' on the right. The diagram shows the relationship between the arches and the directional markers.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Berrechid, le .....

19/02/2020

Pharmacie de MEDINE  
Dr. JAI Yasmina  
N°85 Rue de Medine - Berrechid  
Tél: 0622 33 71 33  
Tél: 062020771

Mr Mustapha ka Hallahig

301°<sup>o</sup>

- Sedalogic 1 x 31 1/2 h. 1s

53,1°<sup>o</sup> - Relaxal 1 x 31 1s

28,8°<sup>o</sup> - Vitanevir Fort 2 x 2 1s

110,1°<sup>o</sup> - A Vadum 400 1 ampoule 1s

99°<sup>o</sup> Dr. A. LAABOURRI  
Traumatologue  
Généraliste - Orthopédie  
1,42 - 0613250344  
1,42 - 061087452

T = 320,90

87, شارع مولاي إسماعيل - برشيد - المحمول : 06 61 32 50 34  
87, Avenue Moulay Ismail - BERRECHID - GSM : 06 61 32 50 34

8 Secdot 10 Relax. 12 S 16. R 18 S

- *Afrocaria* go (12)

→ Engel 18

||||||| be the next dog shall

3-2-1 

$$\underline{3 \times 123} = \underline{\underline{369}}$$

RELAXOL 500MG/2MG  
CP 820  
P.P.V : 53DH10  
LOT : 19E001  
PER : 06/2022

110,00

PPV  
LOT  
PER **28,80** 

LOT: 191461  
PER: 09-21  
PPV: 30,000DH

RELAXANT 100  
LOT: 190342  
DLUO: 10/2022  
99,00DH

Pharmacie de MEDINE  
Dr. Yasmine-Berrechid  
N°86 Rue de MEDINE-71333  
Tél: 05 22 20 20 20  
INPE: 06 22 20 20 20