

# 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

N° W21-618806

66085

Maladie

Dentaire

Optique

A

Matricule : 09818

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Départ volontaire

Nom & Prénom : KHALIL IBRAHIM

Date de naissance : 01/08/1975

Adresse : 18 Rue HENRI MARLEAU, STG 3, APP 9  
Casablanca

Tél. : 0661291280 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr HADDOU BOUALEM**  
Médecine Générale  
Expert Assermenté Prés les Tribunaux  
32, Av. Union Africaine (Ex. Av. "N")  
Cité Djemaa - Casablanca  
Tél: 0522 55 22 11 - GSM: 0671 06 57 04

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KHALIL IBRAHIM Age :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Lien de parenté :

Pharyngite aigre

Nature de la maladie :

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

### 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
26/02/21	Opérat.	8	150.00	INP : 0910200000 Dr. HADDOUBI JALIL Médecine Générale Expert Asserments Pres les Tribunaux 32, Av. Union Africaine (Ex. Av. "N") Cité Djemaa - Casablanca Tél: 0522 55 22 11 - Gsm: 0671 06 57 04

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Y	26/02/21	268.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des travaux
H	25533412   21433552	00000000   00000000
D	00000000   00000000	35533411   11433553
B		
[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'EXE

**EFLOXIN®**

Comprimés pelliculés sécables



Lot : LOT : 200538  
PPV : UT AV : Q3/2025  
Exp : PPV > 95,000H

LOT N°:

42,00

UT. AV:

PPV:

05

**PREDNIZOL 20 mg**  
20 comprimés effervescents sécables



Casablanca , le : 26/02/2021

55,00

n° 188888 K491L

Efloxin

147

42,00

Predni AV

147 le mal

30,50

Imodium

147

47,80

DASEN

147

53,10

Relaxol 500

147 6 002

268,40

PPV:

EXP:

Lot N°:

4780

**DASEN® 10 000 UI**  
Serrapeptase  
40 Comprimés enrobés gastro-résistants



TA: 0522 55 24  
06 57 04

PER : 03/2025  
LOT : 20E013

IMODIUM 2MG GELULE

20 Gél  
P.P.V : 300160



PER : 06/2023  
LOT : 20E018

CP 820



RELAXOL 500MG 100



147

EM

Duralex  
"N")  
06 57 04