

## 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.

Nº W19-549451

68.977

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2543

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHIBIANE

EL HASSAN

Date de naissance : 14.6.1937

Adresse : LI SIDI ARA Rue 13 N° 150  
celle de la casa

Tél. 0662 125658

Total des frais engagés :

450 Dhs

**MUPRAS**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

**22 AVR. 2021**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

**ACCUEIL**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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

Fait à :

Le : 22/04/2021

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
15/04/2021		1	12150,00Dhs	INP : 123456789 03/10/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. M. Guillaoue - Pharmacie Guillaoue Casablanca</i>	15.04.2021	17330,20

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>15/04/2021</i> <i>INFIRMERIE AL KHOUZAMA</i> <i>SALAH ZAHIRI</i> <i>ABT 902 11-167</i> <i>Zone E4 AL KHOUZAMA OULF'</i> <i>Tel : 06 18 99 33 66</i>				x		<i>5000 (HT)</i> <i>a 3</i> <i>= 150,00 HT</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES										
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.										
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.										
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8						
				<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>						
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>						
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>						
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>						
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>						
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table 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 00000000 D 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 G 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000 D 35533411	21433552 00000000 G 11433553	B	
H	G									
25533412 00000000 D 35533411	21433552 00000000 G 11433553									
B										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>						
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>						
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>						
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>						

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

Médecine de travail

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

طب الشغل

Casablanca, le :

15/04/2021

الدار البيضاء في

Chibiane Hôpital Amal

15,80

1) Celeste mg 4mg  
129 17x50 3g

116,00

2) Zomax mg 8mg  
187 x 21 4 mg

52,90      ml de réfalog

*PHARMACIE ST FRANCIS CASABLANCA  
Sidi Fransis - Casablanca - Maroc  
Bd. oued Sebou, Rue 174 N° 65 Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83  
INP : 091 01 19 73 / ICE : 00210345000034*

PPV: 116DH00  
PER: 09-23  
LOT: J2592

52,90

PPV: 62DH70  
PER: 11/23  
LOT: U3039

52,90

PPV: 116DH00  
PER: 09-23  
LOT: J2592

زنقة 174 رقم 65 في الألفة الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 91 12 77 - المحمول: 06 61 31 09 83

Bd. oued Sebou, Rue 174 N° 65 Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83

INP : 091 01 19 73 / ICE : 00210345000034

52,80.

4) Omeprazole 814.

62,70 Magt Hluate à Jelixip

5) Uzonta 450 mg  
112 X 25

Dr. ALEXANDRE EKINA  
Medecine Generale et Chirurgie  
Bd. Général Sarrail 47000 Lille  
TéléFax: 05 22 91 12  
INP: 091 01 19 73 / CE: 002103416000034

1 - 330,20.

PHARMACIE RÉFUGÉE ANNAM  
Shambat - 24001  
DHC  
4, Rue des Moulins  
Tél: 931.88.12.22 - Cassinca

Le: 15/04/2021

## Bon de caisse

M.R., CHIBATE Meft Attamine

Pour 300ml injections (Celestene 1mg)  
intramusculaire à domicile

de la femme 50,00 DH chaque injection

$$\text{TOTAL : } 50,00 \text{ DH} \times 3 = 150,00 \text{ DH}$$

(C'est cinquante DH) 

INFIRMERIE ALKHOZAMA  
SALIH ZAHIRI

Aut 1902 - Lot 167

Zone E4 ALKHOZAMA OULP'

Tel : 06 18 59 33 66