

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5C77 Société : 21023

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MABOUNI

Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522233479 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

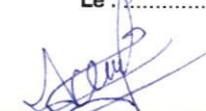
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : .....



# 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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

## Maladie

## Dentaire

## Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 567

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MANOUNI Mohamed

Date de naissance : 30-06-1951

Adresse : 69, Rue AL HOUD HOUD CASA

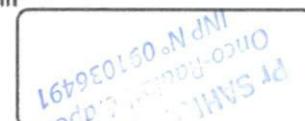
Tél. : 05 22 27 34 79

Total des frais engagés : 301,00

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/04/2021

Nom et prénom du malade : Zabidi fathia

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-610594

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 567

Nom de l'adhérent(e) : MAOUNI

Total des frais engagés : 301

Date de dépôt :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
22/4/2021	GS	1	6	INP : 111-111-1111 Mr SAHRAO ONCO Radiologue INP N° 07036491
26/4/2021	GS	1	6	6
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture		
PHARMACIE CASABLANCA 222730941 Angle de l'avenue Zekri et rue du Dr ABDALLAH EL HADIDI	22-4-21	221,60		
PHARMACIE CASABLANCA 222730941 Angle de l'avenue Zekri et rue du Dr ABDALLAH EL HADIDI	26-4-21	79,60		

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

### VOLET ADHERENT

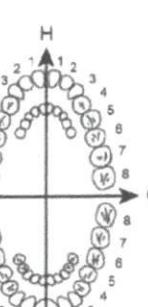
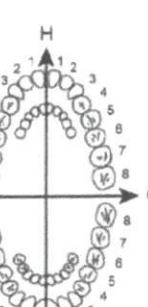
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des :

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que les résultats de l'exploration de la cavité dentaire.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" data-bbox="1647 877 1877 1021"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td><td>00000000</td> <td>21433552</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>35533411</td> <td>00000000</td><td>11433553</td> </tr> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		G		00000000	35533411	00000000	11433553
H		G																
25533412	00000000	21433552	00000000															
D		G																
00000000	35533411	00000000	11433553															
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTI

Pr. A. Acharki  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**  
Onco-Radiothérapeute

Dr. S. Hannoui  
Anesthésiste-Réanimateur

Zahidi (AS) 22/09/2021  
Fatima 22.00  
25.00 x 2 1 - Travel 5b  
26.80 x 2 (5) 2x 6 500  
2 - Sepatu 8

22. 3- **Cedel** (ST) **My 3algi** **2204**  
3- **Cedel** **My 3algi** **2107** **—**

<p><b>221.60</b></p> <p><b>PHARMACIE DE L'HOTEL SAINT LAURENT</b></p> <p><b>André d'Agadir - Chemist</b></p> <p><b>Tel: 0539 37 70 39</b></p>		<p><b>Onco-Proliferative</b></p> <p><b>101036491</b></p> <p><b>SHARON Souda</b></p>	<p><b>LOT: 05820018</b></p> <p><b>PER: 12/2023</b></p> <p><b>PPV: 74.80 DH</b></p>
<p><b>PPV: 25DH00</b></p>	<p><b>PER: 11/25</b></p>	<p><b>LOT: J3200</b></p>	



26/4/2022

**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. S. Hannioui**  
Anesthésiste-Réanimateur

*N-Zahidi Fatima*

DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
PER: 01/2023  
P.P.V: 45DH40  
6 118000 018494

*45.60 1S  
Duphalac 80g*

*1S 30g 30g 9/2023*

*36.60 myostalgie 44*

*79.60*

*HARMONIE DE L'HOPITAL SAKLA  
Angèle Boukadi, Sékhouni  
Tél: 05 22 86 27 39 39  
Pr SAHRAOUI  
Onco-Radiothérapeute  
INP N° 09103641*

**MYANTALGIC®**  
20 comprimés effervescents  
PPU 34DH00  
EXP 07/2023  
LOT 06060 2