

# 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

- 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.

N° W19-536994

g4613

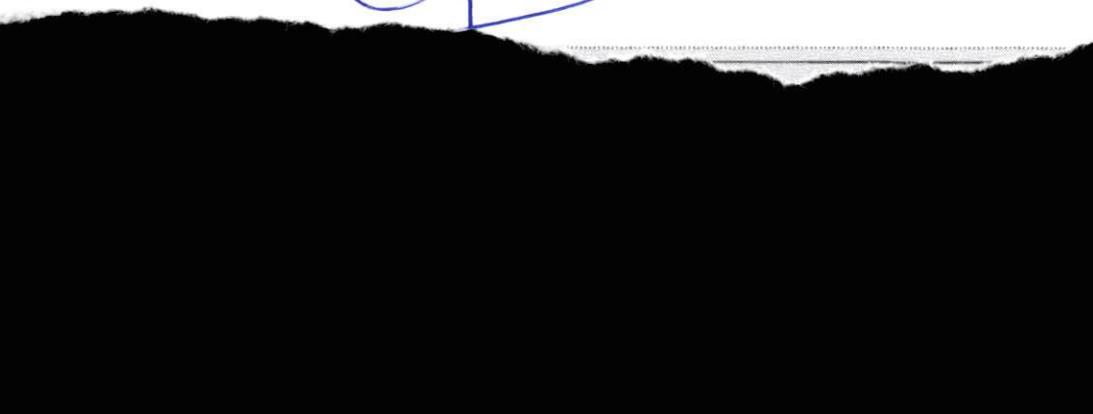
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8899		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHELKITA ABDELKACH			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661319357		Total des frais engagés : 88290 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 25/11/12			
Nom et prénom du malade :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie : Nierntose			
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 : Casablanca Le : 03/12/2011

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
21/11/12	consult		gratuit	INP : [REDACTED]
				Pr. Alima CHADLI Chef de Service Endocrinologie et Diabétologie CHU d'Agadir - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMONIE Mme TLENCANI Souad Docteur en Pharmacie Sra Abou Al Aida Zahra, Quartier El Moudawine, CASA - Tel: 0522 55 55 55</i>	25/11/2018	882,94
	26/11/2018	
	27/11/2018	

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

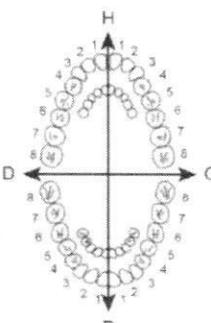
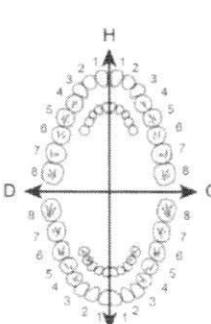
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **BEDEVÉ 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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>						
				<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 PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>						
	<table border="1" 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</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D —————— ————— B</td> <td style="text-align: center;">00000000 35533411   11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D —————— ————— B	00000000 35533411   11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	G									
25533412 00000000	21433552 00000000									
D —————— ————— B	00000000 35533411   11433553									
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>						
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



بن رشد  
Casablanca

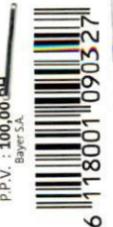
ROYAUME DU MAROC  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

s Tabac

Tue



استعمال / 12  
Dose/feuille/Etui/lestage



Docteur :

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفی بن رشد، آلدار البيضاء

ن تدخين  
يقتل

6



Androcur 50 mg/20 cpls ○  
Acétate de cypro ténone  
P.P.V. : 194,30 DH  
Bayer S.A.

6



Androcur 50 mg/20 cpls ○  
Acétate de cypro ténone  
P.P.V. : 194,30 DH  
Bayer S.A.

6



Androcur 50 mg/20 cpls ○  
Acétate de cypro ténone  
P.P.V. : 194,30 DH  
Bayer S.A.

6



Jasmine / 21 cpls  
Diosphénone/éthynodiol  
P.P.V. : 100,00 DH  
Bayer S.A.

6



Jasmine / 21 cpls  
Diosphénone/éthynodiol  
P.P.V. : 100,00 DH  
Bayer S.A.

## ORDONNANCE

HARMACIE AL-HIKMA

Mme TLEMCANI Souad

Docteur en Pharmacie

3, Rue Abou Al Aala Zahar, Quartier  
des Hôpitaux, CASA - Tel: 0522 86 55 51

1 - CHECK HA Rémy em

1 - 30 + 3



A ncluscne

2 - 31 cp / 5 / 3 rem



2 - Jasmine

1 cp / 5 / 3 rem

3 - Navipura

APDX2 / 5

882,77

/ 3 mors

HARMACIE AL-HIKMA  
Mme TLEMCANI Souad  
Docteur en Pharmacie  
3, Rue Abou Al Aala Zahar, Quartier  
des Hôpitaux, CASA - Tel: 0522 86 55 51

Pr. Asma OUDI  
Chef de Service  
d'Endocrinologie et Dialyse  
CHU Ibn Rochd Casablanca