

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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.

## Biologie 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

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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2987 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : Reliaile

Nom & Prénom : KHOURAISSI MONTAGA

Date de naissance : 1/07/1956

Adresse : 5 lot AL MAFRIK AL JADID 144

Etage : R.D. Loyer : 10000 Tél. : 0661081125 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. Son Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

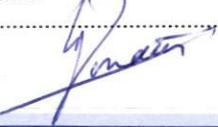
Nature de la maladie : Angine + HSE

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 : 27/01/2022 Le : 1/1/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-052993

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r rr}  H & 25533412 & 21433552 \\  D & 00000000 & 00000000 \\  & 00000000 & 00000000 \\  B & 35533411 & 11433553  \end{array}  $			Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# ORDONNANCE

CDM Le: 25/11/22

M. SANKRI Souad

60,00

M. MOUTTAKI Rachid

22,00

32,00

Verine 4



Verine 4

18,00 x 2

Doliprane vit C



PHARMACIE ANNASSIM  
Lot Huliba 1032 Oulfa  
CASABLANCA 22 90 39 12  
INPE: 092010552  
ICE: 002042097000024

Dr. MOUTTAKI Rachid  
Médecin Généraliste  
Oulfa



150,00

18,00

P P V 1 8 0 H 0 0  
P E R 1 0 / 2  
L O T K 2 8 2 2

18,00

P P V 1 8 0 H 0 0  
P E R 1 0 / 2 4  
L O T K 2 2 5 9

Clartec 10 mg boîte de 10 comprimés



6 118000 090205

10 comprimés

Loratadine

**Clartec®** 10 mg

Voie orale

95\*20\*48



5

Laboratoires Pharmaceutiques **PHARMA 5**

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

كلاذر تيك

اتادين

مع 10

اد للحساسية

10 أقراص

LOT : 4535

UT. AV : 10-24

P.P.V : 22 DH 00

48x20x95

Clartec® 10 mg

Loratadine

15 comprimés

Clartec®  
Loratadine

LOT : 9764  
UT. AV : 06-24  
P.P.V : 32 DH 00

10 mg

Médicament Antiallergique

# MAZAX®

Azithromycine



Antibiotique

3

comprimés pelliculés

500 mg

LOT : 3113

UT. AV : 08-23

P.P.V : 60 DH 00



Laboratoires Pharmaceutiques

