

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

## Informations 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

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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 953

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mangueur Zohra

Date de naissance : 1-1-1949

Adresse : Hay El Hana Rue 22 N° 21

Tél. : 06 61 12 08 24 Total des frais engagés

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*CENTRE HEMATOLOGIE  
QUART HOPITAUX SARLAU  
Dr. Mohamed AJOUBY - NEPHROLOGUE  
3, Rue Abou Baker Ibnou Zahr Elage 1  
Casablanca - R.C 451643  
Tél. 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18  
ICE. 00237517*

Date de consultation : 05/02/2022

Nom et prénom du malade : MANGUEUR ZAHRA

Age : 72 ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : IPCT

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 : 05/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/06/2023	2248,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

## 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 2 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 7 6 6 5 5 4 4 3 3 2 2 1 1 2 B	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	
				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 ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed AJOUBY

NEPHROLOGUE

Spécialiste des Maladies du Rein

& Voies Urinaires

HEMODIALYSE

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور محمد عجوبي

اختصاصي في أمراض الكلى

الكلية الاصطناعية

خبير محلل لدى المحاكم

Casablanca, le : 05.02.2022

MAANQAR Zohra

294,00 x 3 = 882,00

- Coveram 10/10

105,00 x 3 = 315,00

- Ocular flu 100

350,00 x 3 = 1050,00 - 1 CP

- Mixtard

Mixtard® 30 Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 carto.  
PPV : 350 DH

73-230-1

Mixtard® 30 Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
de 3ml  
5 carto.  
PPV : 350 DH

0



12024

LOT : 245  
PER : 10/24  
PPV : 105,40 DH

Dr. Abou Baker

2248,20

QUART HÔPITAUX SARDAR  
CENT. Dr. Mohamed AJOUBY - NEPHROLOGIST  
3, Rue Abou Baker Ibnou Zahr, Etage  
Casablanca - R.C. 151643  
TÉL: 0021297970001

LOT : 244  
PER : 06/24  
PPV : 105,40 DH

LOT : 243  
PER : 05/24  
PPV : 105,40 DH

3, rue Abou Baker Mohamed Ibn Zouhair, Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél.: 05 22 26 20 50 - Fax : 05 22 27 87 89 - Patente: 36315420 - CNSS : 6344874 - INP : 0900074 / 41015

8-0267-73-230-1

Mixtard® 30 Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH



6 118001 120246

CENTRE HOSPITALIER DE  
QUART HOMAIS - NEPHEROLOGIE  
de Montrouge 92140  
3 Rue de la Paix 92140 Montrouge  
Tél. 01 46 30 30 30  
Fax 01 46 30 30 30