

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

## ditions 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 caractére 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 : <u>1581</u>	Société : <u>105130</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>L IDARY</u>	
Date de naissance : <u>10/08/1957</u>	<input type="checkbox"/> Autre :
Adresse : <u>5 Rue ABDEL HAK AL HADIRI</u>	
Tél. : <u>0661 32 12 58</u>	Total des frais engagés : <u>105,00</u> Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/11/2011

Nom et prénom du malade : LARAKI AMINA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : TOMA

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 : ..... / ..... / .....

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
			0	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie du Complexe sportif Mme KADHIASSANI Fatima 63, Rue Maftoun Mohamed Tél : 05 22 36 05 07</i>	29/11/2021	225,40

### 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	21433552
25533412	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

- Urgences 24h/24

- Médecine

- Chirurgie

- Réanimation

- Radiologie

- Cardiologie Interventionnelle

- Maternité

- Réanimation Néonatale

- Hémodialyse

### ORDONNANCE

Casablanca le

29/11/2021

ANINA LARAKI

7d.P  
Vaxi GRIP

1 dose

125.30

2/12 IX 500—

NPT j pdt 03

205.0

Pharmacie du Complexe Sportif  
Mme KADIRI HASSANI Fatima  
63, Rue Mamoun Mohamed  
Tél : 05 22 26 05 97

Ganofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Vaxigrip Tetra 15 µg/0,5 ml  
sol n° b1  
P.P.V : 125,30 DH  
A 118001 082247

CLINIQUE VILLE VERTE  
Drc Idriss ATIF Imane  
Anesthésie - Réanimation  
Casa Green Town - Bouskoura  
Tél.: 0522 51 23 23  
ICE: 001816946000014



# AZIX®

Azithromycine

500 mg



3 Comprimés  
sécables

bottu s.a.

82, Allée des Casserins - Aïn Séba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacies Responsable

b

®

# AZIX

Azithromycine

500 mg

voie orale

PPV 79DH70  
PER 09/24  
LOT K2271

