

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## 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.

## Education :

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.

## Prothésaire :

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 : **6369** Société : **RAN AM649**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **FILOUFI Abdaillah**

Date de naissance : **18 - 03 - 1962**

Adresse : **BL0C 50 N 81 Sidi Othmane Casablanca**

Tél. : **06 16 966 424** Total des frais engagés : **720** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Hamid EL OUARRAK**  
Médecin Généraliste  
Derb Baladia Rue 75 N°18  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél: 05 22 55 55 06

Date de consultation : **29/03/2022**

Nom et prénom du malade : **FILOUFI Abdaillah** Age : **53**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Diabète f. FITA**

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 : **CASA** Le : **29/03/2022**

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
29/03/22	Op	1	150,00	Dr. Hamid EL OUDRAK Médecin Généraliste Derb Othmane Rue 73 Tél: 0522 55 55 08

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUDRAK Dr. ABD EL HABIB EL OUDRAK Tél: 0522 57 77 03	29/03/22	570,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	 D 00000000 35533411	DATE DU DEVIS
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	 B 00000000 35533411	DATE DE L'EXECUTION
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hamid EL OUARRAK  
Médecine Générale  
D.U.en Diabétologie  
D.U.en Echographie



148,00

Co-Vartex 80 mg / 12,5 mg

148,00

Co-Vartex 80 mg / 12,5 mg  
Velvorten / Hydrochlorothiazide

148,00

lance le : 29-3-2022

Fatma. Abdellah

210 - Diaformine

SV

MP 00 X3  
570,00

En Dose

Dr. Hamid EL OUARRAK  
Médecin Généraliste  
Derb Baladia Casablanca  
Sidi Othmane Tel: 05 22 55 55 06

Co-Vartex

SV

Diaformine®  
Metformine

PPV: 21DH00  
PER: 03/25  
LOT: L1091

mg

Diaformine®  
Metformine

PPV: 21DH00  
PER: 03/25  
LOT: L1091

mg

Diaformine®  
Metformine

PPV: 21DH00  
PER: 03/25  
LOT: L1091

mg

Diaformine®  
Metformine

PPV: 21DH00  
PER: 03/25  
LOT: L1091

mg

زنقة 75 رقم 18 درب البلدية، سيدى عثمان قرب صيدلية الأمان - الدار البيضاء  
Rue 75, N°18, Derb Baladia Sidi Othmane - à coté de pharmacie AL AMANE - Casablanca  
Tél 05 22 55 55 06 / Gsm: 06 60 22 66 99 EMAIL: elouarrak.doc@gmail.com

