

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **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.

## **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 : 10687 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DINAR BOUCHRA

Date de naissance : 12-12-74

Adresse : 40 BLN ANDALQES ANDALOUSSIA

4ème ETAGE CASA

066121285 DRI Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/05/22

Nom et prénom du malade : Naima ZERHOUNI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Maladie

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
20.05.22	Soin			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 12/04/2024 05/22/45/16/50/05/22/45/33/28 352662 - Patenta 3691001	st. 25.22	131,6-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXiliaires médicaux

## 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

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 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Docteur ZRIKEM Karima**  
**Ep. HIMMI**  
**Pédiatre**  
Maladies du Nourrisson et de l'Enfant  
Allergie - Asthme  
Exploration Fonctionnelle  
Respiratoire  
Ex-Enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca



**الدكتورة زريكم كريمة**  
**زوجة حمي**  
طبيبة الأطفال  
اختصاصية في أمراض الأطفال  
الحساسية - الضيقية  
أستاذة سابقا بكلية الطب  
بالدار البيضاء

Casablanca, le ٢٤.٥.٢٢

الدار البيضاء، في

Niffoh Jardim

1's

134,60

Tetraxin

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Tetraxin inj b1 ser 1 dose

P.P.V : 134,60 DH

6 118001 080724

Pharmacie des Habous  
13, Bd. Victor Hugo Casablanca  
Tél: 05 22 45 06 60 05 22 44 93 38  
RC : Z52662 - Patente : 36910561

Dr. Karima ZRIKEM Ep. HIMMI  
Pédiatre  
68, Rue Zerhoune (Ex. Reims)  
CASAB - Tél.: 29.31.60/68