

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## Radiologie 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.

## Rééducation :

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2153 Société : NE5137

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL RYAD 100  
Date de naissance : 03/04/49

Adresse : Ced 80

Tél. 0668852549 Total des frais engagés : E 1112 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. HALIL Mustapha**  
14 Av. du nil (Réda Guedira)  
Mahrouka - Casablanca  
INP: 091084699  
TEL: 05 22 37 12 00 - Port: 05 63 09 41 09

Date de consultation : 03.10.2022

Nom et prénom du malade : M. EL Ryad Nokammal Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Rhinopharyngite

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie:

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 : 05/08/2022

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
03/06/2022	C	1	120,00	 Dr. Stéphane

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/06/22	226.80

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mustapha Khalil

14, Avenue du Nil  
(Reda Guedira)-Mabrouka

Tél : CAB. Fax : 0522 37 12 80  
URGENCE : 0663 09 41 09

الدكتور مصطفى خليل

شارع النيل  
(رضا كديرة) - مبروكة

الهاتف : 0522 37 12 80 :  
المستعجلات : 0663 09 41 09

Casablanca, le 03.06.2022.

MR EL Byas Mohammed

- Litomax 500 mg  
8 mg/jour  
1cp chaude/jour



SS MO - Sustam 200 mg  
1cp au milieu 3x/jour



22.70 - Rinomieine 1bte de 10 s  
1 sachet x 3 fois/jour



69.00 - Superform - GS s/s  
1cp eff chaude/jour le matin



- Sastid savon dermatologique

✓ 226.90

Dr. KHALIL Mustapha  
14 Av. du Nil (Reda Guedira)  
Mabrouka - Casablanca  
TEL: 05 22 37 12 80 - Port: 06 63 09 41 09  
INP: 09 084690

Doktor

UT.AV.: 10.02.2

P.P.V.

LOT N°: 1297984

79

09366030/4

PPC  
69.00 Dhs

21.72

SURGAM 200MG  
CP SEC B20

O

P.P.V : 550H



6 118000 000857

LOT : 21E05V  
PER.: 02.2024