

## 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

- Reclamation : 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.

N° W21-689328

125390

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 001111 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MANSOURI

HMA

Date de naissance : 01-07-1954

Adresse : N°178 bloc 4 cité Commune Urbaine  
Hadj HASSANI Casablanca

Tél. : 0661668992 Total des frais engagés : 3000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/07/22

Nom et prénom du malade : MANSOURI Hm ad

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

ASTHME NIVEAU 2

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 : Casablanca

Le : 02/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/6/22	540,18
	29/6/22	257,23

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
					Coefficient des travaux <input type="text"/>															
					Montants des soins <input type="text"/>															
					Début d'exécution <input type="text"/>															
					Fin d'exécution <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			Coefficient des travaux <input type="text"/>
H	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
D	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
B																				
					Montants des soins <input type="text"/>															
					Date du devis <input type="text"/>															
					Date de l'exécution <input type="text"/>															

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le : 29/07/22

Mr HAD TANSOUR

① Extracell d'O<sub>2</sub>.

5L

② Nebuliseur ultrasonique

29.5.2022 ③ Véoline goutte solution 20g/ml

65.2.2022 ④ Atrovent : 1doselette

109.3.2022 ⑤ Physiomed Naselle

207.3>



6 118001 040018  
0,50 mg / 2 ml  
ATROVENT (atropine) solution pour inhalation  
(bromure d'atropine) 10 ampoules  
PPV: 68 DH 80  
129 03



Khalifa ibn Zaid  
Mohammed Taieb  
Aller

BOTTU SA  
PPC: 109 DH 00  
Casablanca  
ma

PHARMACIE MAZOLLA  
Mme BENAZZOUIH  
N°51 Rue 4 Mazolla  
Hay Hassani - Casablanca  
Tel: 0522 93 36 89

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le : 29/07/22.

186,00

① Zephinur 2ml  
1 bouffée

AMM N°: 284/17DMP/21/NNP  
N° Lot: 1YU002  
Fab: 07/2021  
Per: 07/2023 P.P.V 210.00 MAD

219,00 ② Acrifostec 10mg  
1 cpl/j le soir

413,00 ③ Ventoline

2 bouffées x L.  
2 bouffées f.15 min si gène  
respiratoire

6 118001 3201

RPV : 196,00 DH  
LOT : 21J11  
EXP : 10/2024

386,00 ④ Ropited 20

2 cpl/j le matin poft 5  
puis 1 cpl et demi poft 1 fois midi

LOT : 8652  
PER : 05-25  
P.P.V : 36 DH 40

52,80 ⑤ Oedes 20mg.

1 cpl/j le matin poft

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabia Casablanca

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

540,80

LOT 210827  
EXP 01/2024  
PPV 52.80DH