

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-645321

127461

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20726 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Mme OLIADI Fatiha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.21.47.95 Total des frais engagés : 834,93 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr BELGHAZAL Saria  
Médecine Générale  
Rue 49, N° Appt. 8 Lot. Omariya  
May Inara Ain Chock - Casablanca  
Tél. : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 26/07/2022

Nom et prénom du malade : El mehdi Fessas Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Ostéo + diabète

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
26/07/2022	22	C	100,00 DT	2022
				Dr. BEL AYAZAL SARA
				Rue 40 47 Tunis Tunisie Dpt 8

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>شانع CIE BOULEVARD DOHA 2 Lot. Mabdia Ain Chok Tel: 05 22 50 15 30</del>	26/08/22	734,93

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	35533411	11433553													
		G															
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Ordonnance

Casablanca le : 26/01/2022

32.000 E Caméléon Ferguson

① Flacon 20ml

175.000 x 3 = 525ml

② Seringue 26ml

45.000 x 2 = 90ml (3 mois)

③ Ventoline 3ml (3 mois)

26.400 x 2 = 52.8ml (3 mois)

④ Tebraz 0.5 ml

60.000 x 3 = 180ml

⑤ Etagéenne 1ml

T = 734.00

PHARMACIE BOULEVARD DÔMA  
89 BIS RUE 21 LOT. MELHIA AÏN CHOCK  
Casablanca Tél: 05 22 50 15 30

Rue 49, N°6 - App. 8 - Lotissement Omariya - Résid. Mosquée Omariya Hay Inara  
Aïn Chock - Casablanca - Tél.: 05.22.52.17.89 - N°P: 34025064

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Enterogermina 2 milliards  
susp b 10 fl 5 ml  
P.P.V : 60,00 DH  
6 118001 081653

FLAGYL 4%  
SUSP BUV FL 120 ML  
P.P.V : 32DH90  
6 118000 060390

26/10

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:175,00 DH  
6 118001 141869

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:175,00 DH  
6 118001 141869

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:175,00 DH  
6 118001 141869

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH