

# 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10525 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ABOU HAYANE Youssef

Date de naissance : 1-1-68

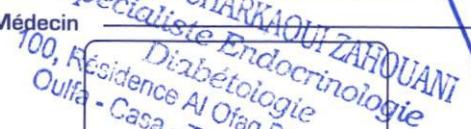
Adresse : lot 5 n° 120 Hayd Fikri

.....  
Oulfa

Tél. : 06 64 86 20 56 2 Total des frais engagés : 351 320 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/08/2022

Nom et prénom du malade : Fathia FAÏHA, Age : 51

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète - Hypothyroïdie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Thydo

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 : Centre Allal Ben Abdellah Le : 24/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : Fathia FAÏHA



#### RÉLEVE 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
22/08/22.		2	€ 3000,80	INP: 091013417

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE WILAYA MOUSSOUA ZEKRI Abdellati Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Moussa El Oued Casablanca - Tél: 0522 90.51.13 092 291220000071</p>	22/08/22	645,-

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

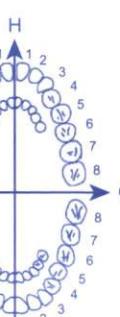
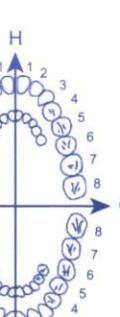
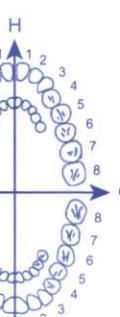
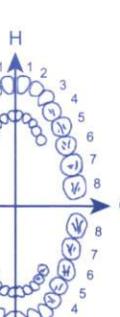
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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.

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			
	$  \begin{array}{r}  H & 25533412 & 21433552 \\  D & 00000000 & 00000000 \\  B & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553  \end{array}  $			Coefficient DES TRAVAUX
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

**Dr . Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI**

Endocrinologue - Diabétologue  
obésité - nutrition

Ex. Médecin Chef  
du centre Régional de Diabétologie

**د. خديجة الشرقاوي زهوانى**

اختصاصية في السكري وأمراض الغدد  
السمنة - التغذية

طبية رئيسة سابقاً للمركز  
الجهوي للسكري

Casablanca , le .....

22 - 08 - 22

FOU GUIR Fatiha

24,40 × 3

Fr Evothyox 10 6's  
3mg

157,80 × 3

Fr Rosavas 10 6's  
3mg

49,60 × 2

Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI  
Spécialiste Endocrinologie  
Diabétologie  
Résidence Al Ofaq Bd. Oum Rabii  
Casablanca - Tél: 0522 88 79 34

Fr - 645.80

Ag 6/10 —

Order gel 6's

A — P/15 —

PHARMACIE WILAYA MARRAKCHI  
ZEKRI Ameddah  
Dokdad Pharmacy  
22-22-24-11-00-00  
Casablanca - Tel: 0522 90 51 15  
TCE: 00229122000077



6 118001 102020  
Levthyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020  
Levthyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020  
Levthyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22C01  
EXP: 03/2025

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22C01  
EXP: 03/2025