

## 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° W19-475252

129869

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3707 Société : RAY

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : YAHYA BEN ABDELLAH

Date de naissance : 28-11-1960

Adresse : 54 AVENUE N° 115 LA VOIE AL DAFIEN

IN 4 APP 412 CDT 71422 F

Tél. : 0661322492 Total des frais engagés : 1392,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/09/2022

Nom et prénom du malade : M. YAHYA BEN ABDELLAH

Lien de parenté :  Lui-même  Copain  Enfant

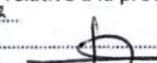
Nature de la maladie :

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 : Casablanca Le : 16 SEP. 2022

Signature de l'adhérent(e) : 

MUPRAS

16 SEP. 2022

H. HAKANI

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
20/06/2022	(3)	30000		INF : 091057851 EL MOKH Professeur ABD 5, RUE MA TEL: 03 44

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
JL Pharmacie C.I. Sina BENJAHIM Touria 100 Boulevard El Sina - Casablanca	20/06/92	1052,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### 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 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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D	25533412 00000000	21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	G	35533411	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	B			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

**5 rue Mohamed Abdou**  
**CASABLANCA**  
**Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89**  
**Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97**  
**GSM cabinet : 06 78 18 18 16**

**Casablanca, le 20.06.2022**

Mr Abdelhak YAQUOT

1 - EXFORGE 10 mg/160 mg  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

273,00  
204



**Exforge® 10 mg/160 mg**  
28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

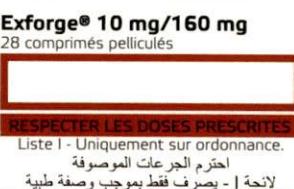
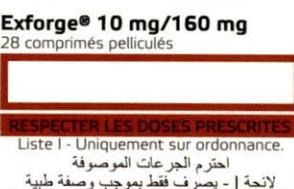
Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
احترم الجرعات الموصوفة  
لأنحة | يصرف فقط بموجب وصفة طبية



**Exforge® 10 mg/160 mg**  
28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
احترم الجرعات الموصوفة  
لأنحة | يصرف فقط بموجب وصفة طبية



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لأنحة | يصرف فقط بموجب وصفة طبية

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE  
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**

**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**