

# 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.

Matricule : 3096 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BOUSSAAN HAKANI Mastaga

Date de naissance : 25-3-38

Adresse : NE

Tél. : 226193726 Total des frais engagés : 194779 Dhs

Cachet du médecin

Date de consultation : 13/09/2021

Nom et prénom du malade : BOUSSAAN HAKANI Age : 83

Lien de parenté : H. HAKANI

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : HTA

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 13/09/21

Signature de l'adhérent(e) : BOUSSAAN HAKANI

#### **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
13/09/2021	1	6	22,000 Dhs	Dr. Asmae MEZATI Médecine Générale 27 Avenue Sidi Moustapha Lalla Aicha Casablanca Tel. : 522 93 29 63 INBP : 091194779

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Nadia GOURI</b> 284 E Lotissement Zouheir Groupe Addha Oufia Casablanca Gsm: 06 67 07 50.25	12/03/2023	10151.50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

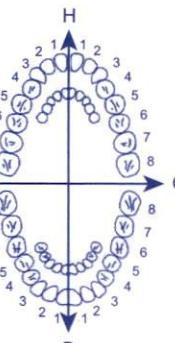
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important

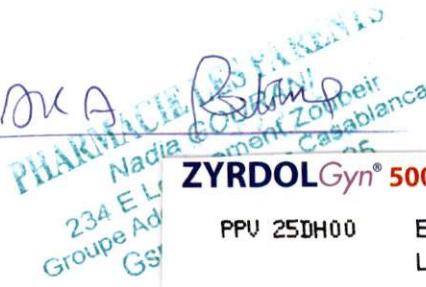
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																		
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000	D	00000000	G	00000000	B	35533411	B	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412	G	21433552																	
D	00000000	B	00000000																	
D	00000000	G	00000000																	
B	35533411	B	11433553																	
		<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

Casablanca, le : 13/09/2022

7<sup>me</sup>

Boulevard A



**ZYRDOL Gyn® 500 mg 10 Ovules**  
 PPV 25DH00 EXP 11/2024  
 LOT 10065 1

25,00

① - Zyndel 20  
Yenji

smi

Algojim

120,70 x 3

② - Zelen 30  
Yenji

2w ips

Dr. Asmae MEZIATI  
 Médecine Générale  
 274, Lotissement Haj Fateh  
 Lissasfa 27400 Casablanca  
 Tel : 05.22.93.29.63  
 INP : 0911110911

120,70

120,70  
 LOT 21004  
 PER 09/23  
 PPV 120DH70

LOT 21001  
 PER 06/23  
 PPV 120DH70

③ - Zen - gyn

Jyp

129,70  
 LOT 2100  
 PER 09/23  
 PPV 120DH70

ZERO GYN®  
 PPC : 49,50 DH AL

274. مجموعة الحاج فاخ (قرب سوق الحاج فاخ) - ليساسفة

274, Lotissement Haj Fateh (près du Marché Haj Fateh) - Lissasfa

GSM : 06.61.62.22.61 - المحمول : Tél : 05.22.93.29.63

Y - Dilysme Bo  
M V 23/11

36,40

D - Kopel 20  
31/11

74,80

D - Spectro Bo  
M V 23/11

82,50

D - Venaryl  
M V 23/11

87,50x3

D - Nebifeh  
M V 23/11

24,40x3

D - Venetyl  
M V 23/11

1015  
PHARMACIE LES YAKINIS  
Nadia OURANI  
234 El Oussemement Zoubeir  
Groupe Addha Oufa - Casablanca  
Gsm: 06 57 07 50 25

57,00



PHARMA<sup>s</sup>  
LOT : 6062  
UT.AV : 08-21  
PPV : 36DH40

74,80

Dr. Asmae  
274, El Oussemement Haj H  
Lissast - Casablanca  
Tel: 05 22 43 20 63  
INPE

\* VIGNETTE

V140977/01  
NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

V VF71 0525  
LOT PER  
Prix 82,50  
ULL

\* VIGNETTE

V140977/01  
NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

\* VIGNETTE

V140977/01  
NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

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

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

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