

# 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

- |                                                           |                       |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

**MUPRAS** : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° P19-0033750

MUPRAS RECEPTE 134596

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5652

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraite

Nom & Prénom : SAFRI miloudi

Date de naissance : 28/01/1962

Adresse : 40, coop El Ksala Derroua  
Bouzid

Tél. : 0668498354 Total des frais engagés : 250 + 284,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 17/10/2022

Nom et prénom du malade : SAFRI ASSIA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Alléction Hypothyroïdienne

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 : NSTR

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/10/2022

#### **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
17/10/22	S		250 DH	<i>Signature du Médecin</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INNAMATE REGTHONAL DR. S. SAED BEN ALLOUAN TUNIS. 94, LOT N° 33351 A-DEROUA 1990 : PEI	17-10-82	284.80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

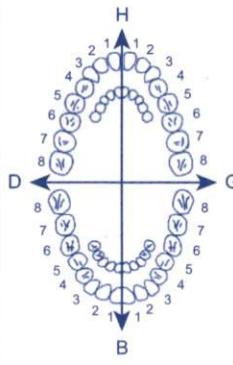
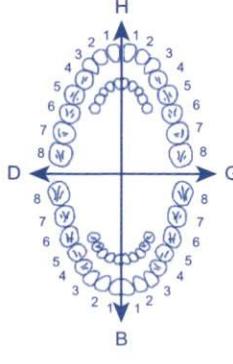
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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										
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>									
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>									
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>									
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>									
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>									
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>									

Dr Bouchra ALAOUI EL HASSANI

Endocrinologue - Diabétologue  
Nutritionniste

الدكتورة بشرى العلوي الحسني

أخصائية في أمراض الغدد والسكري والتغذية

Casablanca, le :

17/10/22

Séfri Assie

84,40x<sup>3</sup>

Lothyroxine 100

6,80x2

po + 3 mois

Lothyroxine 25

1/2

-

S.V.

Ajout po + 3 mois

Casablanca Ahl Loghem, Bd. Mohamed Zefzaf  
Résidence Arrayane 2, Imm.2, 3<sup>ème</sup> Etage, N°49  
(en face de Maroc Telecom, Annasi)  
Fixe : 05 22 74 76 28 - 05 22 74 73 00  
GSM: 07 67 56 03 95

الدار البيضاء، أهل ل glam, شارع محمد الزيرافي، إقامة الريان 2

الطابق 3، رقم 49 (أمام وكالة اتصالات المغيرب، أناسي)

الهاتف : 05 22 74 73 00 - 05 22 74 76 28

المحمول : 07 67 56 03 95

\* Fumefos

A -

89.00

Pdt B/30



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

Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

D Stress Boost

A -

109.00

Pdt 50 g

D Stress

C



Pdt 1 mes

284.80



INPE : 06 20 74 810

INSTITUTION REGIONALE

DU DÉPARTEMENT DE DEROUA

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

Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

DS01/22  
01/2025  
PPC : 109 DH

Lot : 2253-01038  
Av : 06/2025  
PPC : 89 DH

HYPHADIE

/862160342

7862160342

78621