

# 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

- Réclamation : 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.

M22- 0035944

146515

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1268 Société : R.A.T

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ELKOUTEN Abdellah

Date de naissance : 09.06.53

Adresse : 40 Rue DIAK OASIS Casablanca

Tél. : 0661369306 Total des frais engagés : 397,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Docteur Abdellah Sarsafy*  
H.H Oulfa Rond Point Farah Easlam Res Al Huda  
1 Km D 1<sup>er</sup> Etg N°1 Casablanca  
Cabinet: 0665 43 59 76 - Medicin: 0666 74 80 80  
Email: safsafyabdellahsarsafy@gmail.com

Date de consultation : 27/12/2021

Nom et prénom du malade : Yassine EL Kouten Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : GATINA

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : 25 JAN. 2023 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
24/11/2022		C	250,00	Docteur Abdelmjid SAFSAF Médecin Général Point Farah 55 Avenue des Al Hamra Tunisie N° 1000 Téléphone : 0660 74 80 80 Email : 22@gmail.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur N° 1	Date	Cabinet : 0522 25 08 84 Email : <a href="mailto:salafar@">salafar@</a> Montant de la Facture
<b>HARMACHEN</b> 1 <sup>er</sup> Rue d'Orsay et Rue des Papillons Oasis Casablanca Tél: 0522 25 08 84	24/11/88	247.60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
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;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient des travaux
H	21433552													
25533412	00000000													
D	00000000													
35533411	11433553													
B														
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins										
				Date du devis										
				Date de l'exécution										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Ordonnance

Docteur Abdellmjid SAESAFY  
Cachet médecin  
Médecin Générale  
H.H.Oulfa Rond Point Farah Essalam Casablanca  
1 Km D 4<sup>th</sup> Eig N°15 - Casablanca  
Cabinet : 06 65 43 59 76 - Médecin : 06 65 74 80 80  
Email : safsafyabdelmjid82@gmail.com

....., le ..... في ..... 27/12/2022

7 = N Am 4 EL kem 42  
149,80 Ⓛ 1219,40 Ⓛ



68,60 Ⓛ 29

① H2m 15



28,80 Ⓛ 3 dy  
② Lourty



40,40 Ⓛ 3 dy

④ T-rotogard 150



60,00 Ⓛ

⑤ EL 700 mg result

247,60 Ⓛ

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 490H80  
L202 20 1934  
L00322 101  
6 118000 060062

sistem de gestion de la qualité  
CERTIFIE ISO 9001:2015  
PAR CERTIQUALITY

هيبانات

قرص 40

68,60 DH

À consommer de préférence avant fin : 06/2025  
Lot n° Y175K

Produit Fabriqué par ESI srl  
Via delle Industrie 1 Alibolla Marina (SV) ITALY esit.  
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid  
Berjelloun - Maafif extension - Casablanca

ميتسوباسمي®

سترات أفيرين 60 ملغ سمتكون 300 ملغ

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvéroline citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41 rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

20

P.P.V

UT. A. : 11/2014

LOT N°: FR 6990

28,80

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.

Ain seba Casablanca

Enterogermina 2 milliards

susp b 10 fl 5 ml

P.P.V : 60,00 DH

6 118001 081653