

# 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : 12821	Société : RAT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : M'HADER MEHDI			
Date de naissance : 29/07/1987			
Adresse : AY NASSER CASABLANCA TRANCHE 1. Imm. APT 22 CASABLANCA			
Tél. : 0661 93 12 11	Total des frais engagés : 483,60 Dhs		
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
Pr. CHENGUITA A. S. A. NAS Spécialiste en Gynécologie Obstétrique INPE : 10102598 Hôpital Cheikh Zaid			
Date de consultation : 13/12/2021			
Nom et prénom du malade : RACHIDA RABAH			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : RACHIDA RABAH			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RACHIDA RABAH			
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

Signature de l'adhérent(e) : M'HADER MEHDI

Le : 21/12/2021

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 Remboursement des Actes		
13/12/22	3	350	INP :	PH CHENGUITSAN RENAS Spécialiste en ORTHOPÉDIE INP : 10110298 Hôpital Chevilly		
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
10205784	13/12/22	N83,60				
ANALYSES - RADIOPHARIES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (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"/>												
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <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;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														



Rabat, le :

13 DEC 2021

Docteur :

BOUZZA NASSER

61.20\*3

GRACIAL

16r 1a

22.7.2

جذب الماء  
السوائل

M 3,60

10205784





Service Admission/Facturation

N° Ordre : 1

Quittance N°

IPP : 1 408 012 N° de dossier : C223755855

Patient : BAZZA RAJAE

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 13/12/2022

Description :

Medecin : C0239 CHENGUTI ANSARI ANAS

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE



HCI  
2 737 047

ID : 3 121 325

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la **CONSULT CAISSE 1**

Lé reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

**Cachet du caissier :**

N° 2058376

# Gracial®

0,025 mg/0,040 mg

Désogestrel/Éthinylestradiol

غر اسيال® 0,025 ملغ \ 0,040 ملغ

دزوجيسترال / إثينيلوستراديول

1 plaquette de 22 comprimés  
(7 bleus, 15 blancs)  
Voie orale

1 صفيحة من 22 قرصاً  
(7 أقراص زرقاء، 15 قرصاً أبيضاً)  
عن طريق الفم

## GRACIAL®

Contraception orale, plaquette de 22 comprimés  
(7 comprimés bleus et 15 comprimés blancs)  
AMM N° 236/16 DMP/21/NRQ  
PPV: 61,20 DH



6 118001 072415

**Gracial**

0,025 mg/0,040 mg

Désogestrel/Éthinylestradiol

غراسيل® 0,040 ملغم \ 0,025 ملغم

ديزوجيستراديلول

1 plaquette de 22 comprimés  
(7 bleus, 15 blancs)  
Voie orale

1 صفيحة من 22 قرصا  
(7 أقراص زرقاء، 15 قرصا أبيضا)  
عن طريق الفم

**GRACIAL®**

Contraception orale, plaquette de 22 comprimés

(7 comprimés bleus et 15 comprimés blancs)

AMM N° 236/16 DMP/21/NRQ

PPV: 61,20 DH



6 118001 072415

**Gracial®** 0,025 mg/0,040 mg  
Désogestrel/Éthinylestradiol

مبلغ 0,040 \ 0,025 مبلغ \ مبلغ  
دیزوجیسترال / اینتینیولوسٹرادیول

1  
plaquette de 22 comprimés  
(7 bleus, 15 blancs)  
Voie orale

1 صندحة من 22 قرصاً  
(7 أقراص زرقاء، 15 قرصاً أبيضاً)  
عن طريق الفم

**GRACIAL®**

Contraception orale, plaquette de 22 comprimés  
(7 comprimés bleus et 15 comprimés blancs)  
AMM N° 236/16 DMP/21/NRQ  
PPV: 61,20 DH



6 118001 072415