

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique *1*

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *805A* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

*KALINI ALdelmijid*

Date de naissance :

Adresse :

Télé : *0660329091*

Total des frais engagés : *15000* Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

*15/2/2023*

Nom et prénom du malade :

*SEBAOUI*

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*gastro + colopathie : cause hemorragique*

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

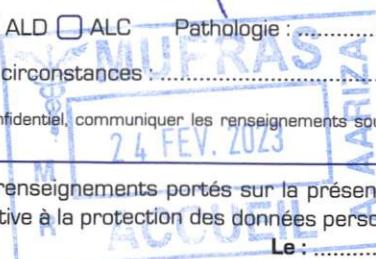
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

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
15 02 2023	CA		150 DH	Dr. J KINT HARRIG Médecin généraliste Sidi Bernoussi - Casablanca N° 5 Date : 05/02/2023 Tél : 05 22 74 05 93

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAJALASSIA MYA SEBT D'EL GARNAOUI 6-258, Bd M. El Garnaoui Hay El Oued - Sidi Bernoussi Casablanca Tel : 05 22 74 08 08	11/02/23	429,62

### 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
		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.

#### 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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
B	G

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Ordonnance

Casablanca, le 15/2/23

SEBAOUI

Mahjouba

10<sup>0</sup>

PHARMACIE MAJAL ASSETTA  
LAMYA SEIFI - Pharma  
El Garnoudi  
di Bernoussi  
05 22 74 08 11  
RAZON® 40 mg  
14 Comprimés enrobés  
gastro-résistants  
LOT : 621  
PER : 03/25  
PPV : 100,00DH 6 118000 140726

PHARMA  
LAMYA SEIFI  
256-258 Bd M.  
Hay El Qods - Casablanca - Tel. 0

NEOFORTAN 160 mg

PPV: 98DH80  
EXP 09/2025  
LOT 280576

S.V.

Razon Up



0 - 0

14

Refluxaid shock

1 Sachet x 3

alps 2 (14)

S.V.

Neofortan 160

14 p eff + 21.6

S.V.

Probiotic 16.1

23.10

- Msau Kha 10  
126683



0 - 0 - 1%

122,70

122.10

- Da Ghon 500

14 x 34 %



16.10

titahne

pnd

100 x 25  
10

Dr. JAKINI Hafida  
Médecin Généraliste  
Hay Al Qods Bd. Nabouls N° 51  
Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél. : 05 22 74 05 93



PHARMACIE MALLASSIHA  
LAMYIA SEBTE, 256-258, Bd.  
Hay El Ouardi Casablanca  
aussi OR, arabe, arabe

LOT: 220926  
PER: 09-2025  
PPV: 16.00 DH

P.P.V

UT. AV: 0 9 2 0 2 5  
2 3 1 0  
LOT N°: G N 7 4 2 9

23,10

429,60