

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Déclaration de Maladie**

M22- 0025746

151440

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 390

Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : NAZIH FATHIMA

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

الدكتورة القيسية فاتحة  
Dr. EL KAICHI Fatima  
N°1, imm. A28 Résidence Addarane  
Ain chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90  
INPE: 091054296

Date de consultation : 14/02/2023

Nom et prénom du malade : NAZIH FATHIMA ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bronchite - RGO

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
14/08/2023	C	C <sub>1</sub>	150.00	الدكتورة القيشي فاتحة D�cteur EL KACHI Fatiha N°1, Imm. A28 Résidence Addamane Ain chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90 INPE: 091054296

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE HAY AL MANZAH Lol. Al Manzah SARL AU Casa INPE:062088778 Tel:0522 515 184</p>	14/01/2023	341,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

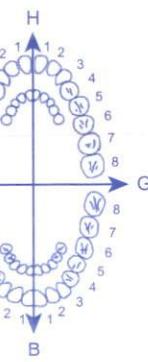
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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													
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
				Coefficient DES TRAVAUX												
<p><b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b></p> <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" 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;">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> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

N°1, Imm . A 28 Résidence ADDAMANE

AÏN Chok - Casablanca

Tél : 05 22 50 11 90

رقم 1، عمارة أ 28 إقامة الضمان (الضحى)

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 50 11 90

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

Casablanca, le : 14/02/2023

29,70

NAZI H Fatima

PPV: 79DH70  
PER: 01/25  
LOT: L109

1) AZIX 500 mg



40,- 1 cp 1/j x 03/j après le m

10,- 1 cp 1/j tous les jours



15,70 3cp 1/j après le petit déjeuner x 05/j

3) Toplexil :



14,- 2 càs x 31/j 7, 7cts

5 088774  
2 20891  
ANZAH

TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML  
LOT : 22E028  
PER : 05/2024

TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML

P.P.V : 15DH70

5 118000 069001

4) Doliprane 300 mg



27,70 1 cp x 31/j 7, 7cts après les repas

5) Cardiaspirine 1



2 cp 1/j après le déjeuner

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

6) INEXIUM 20 mg  
1cp/j avant le petit déjeuner x 28 j.

$$82,10 \times 2 = 164,20$$

F 341,30

Dr. El Kacchi  
N°1, Imm 28 Résidence Al  
Al chock-CASA-Tel: 05 22  
INPE: 091054296

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnoou al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Boite 14  
640/150MP/21NRO P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnoou al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Boite 14  
640/150MP/21NRO P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

PHARMACIE HAY AL MANZAH  
Casab - INPE: 062088778  
Lot A/ Manzah Imm 2 M391  
Tél: 0522 515 184