

# 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.

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

A 51745

## Déclaration de Maladie : N° P19-0005957

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2207 Société : Q.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : M<sup>2</sup> AZIZ BAUCHAIB Date de naissance : 04/08/1957

Adresse : HABITATION

Tél. : 0664.074.077 Total des frais engagés : 546,60 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur EL YOUSFI**  
*Marie Françoise*  
**Medecine** *Praticien*  
Hou Tarik Rue 43  
Casablanca 05 Tel: 05 22 73 15 89

Date de consultation : 02 MARS 2023

Nom et prénom du malade : A ZI2 Bauchain Age: 48/57

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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 : Casablanca Le : 02/03/2023

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
02/05/2013	C		150,00	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GHOFRAINE Rue 24 N° 16 Bloc "C" GAIQONI FERNOUSSI BANQUE	02/03/23	396,60

#### **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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F.		DETERMINATION DU COEFFICIENT		

O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a 3D grid with points labeled from 1 to 8 along each axis. The points are arranged in a spiral pattern, starting at the center (1) and moving outwards. The axes are labeled H (vertical), D (depth), and G (width). The points are represented by small circles with numbers, showing a sequence from 1 to 8 repeating across the grid.

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL YOUSFI  
Marie Françoise  
MEDECINE GÉNÉRALE

Hay Tarik Rue 43 N° 16  
Sidi Bernoussi - CASABLANCA  
Tél : 05 22 73 15 89

الدكتور اليوسفي  
ماري فرانسواز  
الطب العام

حي طارق زنقة 43  
رقم 16 سيدى البرنوصى الدار البيضاء  
الهاتف . 05 22 73 15 89

Casablanca, le : ..... 02 MARS 2023 ..... الدار البيضاء في :

M<sup>r</sup> AZIZ Benchaïd

40,00

70,00

79,80

88,00

119,00

396,60

1) Cotipred.

3 cp le matin x 6 p

2) AZILIDIC

1 cp / J SV 3 f.

3) Apixol

1 do de SV 10 ml

4) PHARMACIE BLOC "C"  
CHOFRANE 3 f. 5,  
Rue 116 Bloc (1)  
Sidi Bernoussi  
Casablanca

1 cp le soir

Docteur EL YOUSFI  
Marie Françoise  
MEDECINE GÉNÉRALE  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Hay Tarik Rue 43 N° 16  
Tél: 05 22 73 15 89

5) S.RI

1 pdr le mol  
x 2 mon

PPV: 38DH00  
PER: 06/25  
LOT: L2120

N° du Lot  
2210  
Date Per.  
06/25  
P.P.V: 119,10 DH

entre instructions, exceptées à l'  
atoire : voir notice.

PPV: 40DH00  
PER: 12/25  
LOT: L4235

Lot:  
À consommer  
avant le:  
12/2025  
PPC: 79,00 DH

LOT 220095  
EXP 30/12/25  
PPV 79,00  
79,00