

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

**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](http://www.mupras.com)

M22- N° 004895

156073

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9271

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YAKOUTY Abdellmajid

Date de naissance :

09-03-67

Adresse :

Tél. : 06 11 89 90 83

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Chaymae ELOUAZZI  
Oncopraticienne, Echographe  
Présidence Ibn Khaldoun Portez  
App. N°2

Date de consultation :

11-03-2018

Nom et prénom du malade :

Hassan DOUAIH Sennas

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 la faisabilité des Actes
11/03/2023	23 - Excluq	1/084	Dr. Cheymar Omnipraticienne, Echographie résidence Ibn Khaldoun Porte 32 App. N°2	Elouazzani 11/03/2023 Echographie Porte 32

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

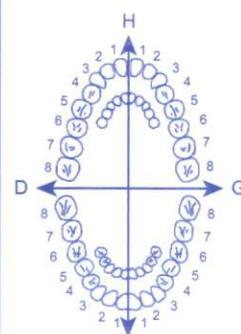
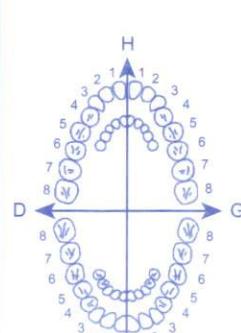
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Chaymae ELOUAZZANI**

**Médecine Générale**

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



**الدكتورة شيماء الوازاني**

**الطب العام**

خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقاً بمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقاً بمستشفى محمد الخامس باسفي

Ex Médecin au CHU-Casablanca  
Ex Médecin à l'Hôpital Errazi-Berrechid  
Ex Médecin à l'Hôpital Med V-Safi

Berrechid ,le ..... 17/03/23 برشيد في .....

M - DOUA HI Sanaa

79,50

① - Carbo 810 x 312

SV

Lot: 220868  
À consommer de préférence avant le: 11/2027  
PPC: 79,50 DH

45,00

② - Tricard 14 x 312

SV

LOT : 8771  
PER : 06-27  
P.P.V : 45 DH 90

24,80

③ - Difal 25

SV

Pharm DIFAL®  
Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V : 24,80 DH

72450,26

PHARMACIE 2000  
ABIR ALLA ZINEB  
(Pres de la Mosquée Ouhoud)  
Tél: 06 01 65 65 50  
Fax: 06 01 65 65 50  
Site: www.pharmacie2000.com

Dr. Chaymae ELOUAZZANI  
Omnioradiologue Echographiste  
Ibn Khaldoun Porte 2  
App. N° 2 App. N° 3  
Tél: 0522 32 48 12

اقامة ابن خلدون-الباب رقم 2 قرب مسجد المسجد - الشقة رقم 2 برشيد-الهاتف 12

Résidence Ibn khaldoun-poste 2 - Appt 2 N° 2 -Berrechid - Tél: 05 22 32 48 12

GSM : 06 62 14 34 32 - E-mail : elouazzanichaymae@gmail.com