

# 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.

M22- 0057352

AN 6943

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6119 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ANANE Abdellnjid

Date de naissance : 26-02-1962

Adresse : Walli Z.B3. Ifhamid Marrakech

Tél. : 066564 87 85 Total des frais engagés : 362,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OMAR BENMRAFÉK  
Médecin Généraliste  
1028, Hay Riad - BOUZNIKA  
Tél : 05.37.64.91.79  
en cas d'urgence : 06.72.43.90.87

Date de consultation : 31/03/2023

Nom et prénom du malade : Anane Abdellnjid Age: 60

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Gastrolyme, Asthème

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

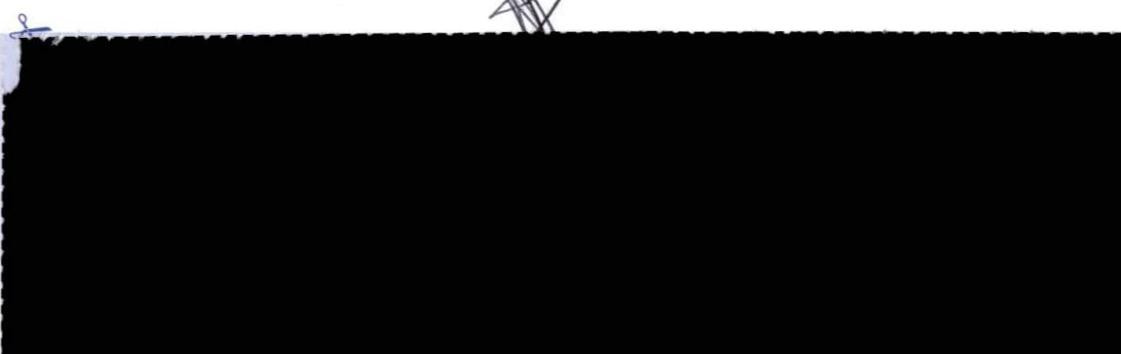
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Benyamin Le : 31/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



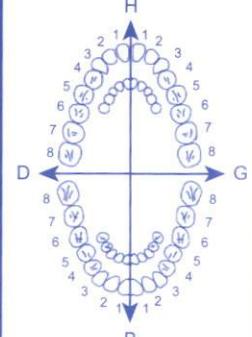
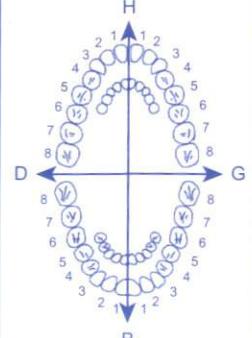
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/03/2023	Consultation	1	1028	DR. Me. Hay Riad - Dentiste Généraliste N°INPE: 0537649179 Tél/Fax: 0537745643 INPE: 062081187
				DR. Me. Hay Riad - Dentiste Généraliste N°INPE: 0537649179 Tél/Fax: 0537745643 INPE: 062081187

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE REGHAY Boutiement Ghita N° 8, Imm. Al Fatiha Buzin'ia, Ben Slimane Tél/Fax: 0537745643 INPE: 062081187	31/03/2023	282,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		AM	PC	IM	IV	
						en cours

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									
												
												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552										
D	00000000	00000000										
B	35533411	11433553										
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												
Coefficient des travaux												
Montants des soins												
Date du devis												
Date de l'exécution												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

# ORDONNANCE

PHARMACIE RESHAAY  
Lotissement Ghita N° 8, Imm. A  
Biuznika, Ben Slimane  
Tél/Fax: 05 37 74 56 43  
INPE: 06208187

....., Le :

Nom : 31 MARS 2023

Age :

Mr. Anane Abdellatif

14/03/2023

Daly

4

(orthopédi)

PHARMACIE RESHAAY  
Lotissement Ghita N° 8, Imm. A  
Biuznika, Ben Slimane  
Tél/Fax: 05 37 74 56 43  
INPE: 06208187

LOT: 230137  
DU: 01/2026  
49,00DH



naissances  
14/03/2023

15/03/2023

هيبانات  
أرض 20

A consommer de  
préférence avant fin : 39,80 DH  
Lot: Y152G  
Per: 06-2025



39,80 DH  
14/03/2023

15/03/2023

Cachet

Date de prochaine visite:

14/03/2023

DR. OZY  
Meder  
1028 Hay  
d'urgence...  
INPE: 06208187

15/03/2023

DR. OZY  
Meder  
1028 Hay  
d'urgence...  
INPE: 06208187

89,00

✓ Cargy PD sis



✓ 282,60 - - -

PHARMACIE BEGHAY  
Lotissement Ghita N° 8, Imm. Al Fatiha  
El Biouzika, Ben Slimane  
Tél/Fax: 05 37 74 56 43  
INPE: 062081187

Dr. OMAR BEN MAREK  
Médecin Généraliste  
1028, Hay Riad - 1019  
en cas d'urgence: 05 37 12 43 30  
INPE: 051188321

Lot: 1  
A consommer de  
préférence avant le : 08/2025  
P.C : 89,50 DH

20643

**Vita C 1000®**

PPV 15DH00  
EXP 01/2026  
LOT 32044

LOT: 230137  
BLH: 01/2026  
49,00DH



PHARMACIE RECHTA  
Lotissement Ghita N° 8, Imm. Al Fatiha  
El Biouzika, Ben Slimane  
Tél/Fax: 05 37 74 56 43  
INPE: 062081187

**NORMOGASTRYL**  
PPV 12DH00  
EXP 09/2026  
LOT 280512

PPV: 14DH00  
PER: 12/25  
LOT: L3739

PPV: 14DH00  
PER: 10/25  
LOT: L3545