

# 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- 0047796

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **6419**

Société :

**RAM.**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**RASSID SAÏD**

Date de naissance :

**16/08/1965**

Adresse :

**529 lot Haj fath casablanca**

Tél. : **0651566363**

Total des frais engagés : **800,30 DH** Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr NOUNA M'hamed**  
**PEDIATRE**  
82. Av. Aba Chouaib Doukkali  
Ain Chifa II Casab 20550  
Tel: 0522.85.10.58

Cachet du médecin :

Date de consultation :

**01/03/2023**

Nom et prénom du malade :

**RASSID SAÏD**

Age: **3ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**MUPRAS**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie

**23 MAI 2023**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

**ACCUEIL KH. HINMI**

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 : **01/03/2023 casablanca** Le : **01/03/2023**

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
13.23	CJ	1	250	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'HOPITAL Angle Boulevard Zerhouni et Rue d'Agadur Casablanca	11/3/23	300,30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

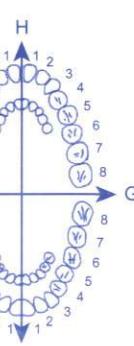
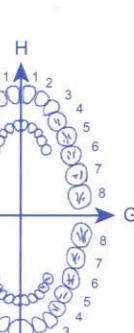
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> </table>		H	D	G	25533412	00000000	21433552	00000000	35533411	00000000	B		G		Coefficient des travaux
H	D	G														
25533412	00000000	21433552														
00000000	35533411	00000000														
B		G														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS													
			DATE DU DEVIS													
			DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur NOUNA M'hamed**

**Pédiatre**

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens  
 Spécialiste des maladies du Nouveau-né  
 Nourrisson et L'Enfant  
 Asthme de l'enfant et Maladies  
 Allergiques

الدكتور نونا احمد

بأميان

سيع و الطفل

(بيقة)

سية

Lot

EXP

PPV

F B S  
0 9 2 0 2 4  
4 5 , 3 0 D H

Casablanca, le 01/03/2023

البيضاء في

Nom/Prénom : RASSID

Mahmoud

Poids : Poids : 17,000 Kg

age : Age : 3 ans et 4 mois

1) VENTOLINE 100µg Susp inh Fl/200d

Prendre 2 bouffées toutes les 2 heures, pendant 8 jours

2) SERETIDE 125/25µg Susp inh Fl/120doses

Donner 1 bouffée le matin et le soir, pendant 3 mois

3) AZIX ENFANT 1500MG

Donner 1 dose poids de 17 Kilos par jour, pendant 4 jours

3 boites

2 boite

1 boite

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV:175,00 DH  
 6 118001 141869

Dr NOUNA M'hamed  
 PEDIATRIST  
 82. Av. Aba Chouaib Doukkali  
 Ain Chifa II Casablanca 20550  
 Tel: 0522.85.10.58

PHARMACIE DE L'IMPERIAL S.A.R.L.  
 Angle Boulevard Zekhrouni  
 et Rue Oukadil Casablanca  
 Tél: 0522.85.10.58

PPV: 80DH00  
 PER: 01/26  
 LOT: M191