

# 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.

M23-010097

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1289**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BATRAS FATNA VENCAZEN KOUID smar**

Date de naissance : **25/3/1960**

Adresse : **LOT E Dk mukama E4 N°84 case**

Tél. : **0649118936**

Total des frais engagés :

**167474** Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **01/07/2023**

Nom et prénom du malade : **ABDELLAH FATHIA** Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **PIP e eyt - fsl p**

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 :

Signature de l'adhérent(e) : **ABDELLAH FATHIA**

**MUPRAS**

**16 JUIL. 2023**

**ACCUEIL**

**07/07/2023**

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05.07.2023      |                   |                       | 150,00                          | 150,00   |

PHARMACIE LE GOURJAL  
234 Nardis GOURJAL  
Gsm: 06 62 07 55 50

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 05.07.2023 | 116,30                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

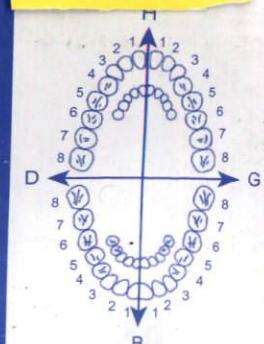
### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

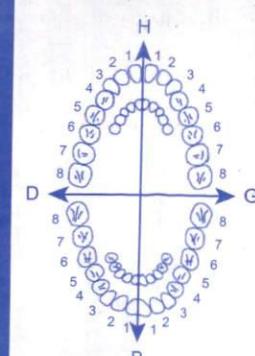
PPV 15 DH 80  
PER 12 / 25  
LOT L 414 1  
S 1

PPV: 20DH00  
PER: 03/26  
LOT: M1089

PPV 15 DH 80  
PER 01 / 26  
LOT M 005



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 35533411 |
| G | 00000000 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV 19 DH 70  
PER 02 / 26  
LOT M 498  
2301396  
01-2026  
PPC: 45,00 DH

A utiliser de préférence avant fin

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Casablanca : 05072083 الدار البيضاء في:

BATRAZ Timp

20,00  
• Doliex  
19,70  
• Apazied  
15,80 x 2  
• Doly  
45,00  
• Bepanthen SP  
16,30 x 2 + C

234 E Lottissement Zoubeir  
Groupe Addoha - Casablanca  
Gsm: 06 67 07 50 25

PHARMACIE LES PARENTS  
Nadia GOURANI

375 شارع بوشمب الدكالي للطريق السفلي جنوب الدار البيضاء المأتف : 05 22 82 04 26  
375, bouchaib Doukkali RDC-hay El Farah - Casablanca Tel : 05 22 82 04 26

Dr Houda BITTAFF  
docteur houda BITTAFF  
bouchaib Doukkali RDC-hay El Farah - Casablanca  
375 شارع بوشمب الدكالي للطريق السفلي جنوب الدار البيضاء المأتف : 05 22 82 04 26