

# 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.

M22- 0036291

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0440 Société : Ab9055

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ART-KASS BOUJEMAN

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : 2, Rue N°r Méditerranée. Aïn Diab

Tél. : 0663058589

Total des frais engagés : 324 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.04.2023

Nom et prénom du malade : AMALOU ZIHLIB 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 : EL AYACH

Le : 26/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : MAR



## 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

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. Landmarks include the central incisors (1), lateral incisors (2), canines (3), first molars (4), second molars (5), third molars (6), and wisdom teeth (7). The diagram also shows the anterior pituitary gland (P), optic nerve (O), and hypophysis (H).

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# PHARMACIE ONYX

Le 24/05/2023

## FACTURE N 19167

Mme : AMALOU ZINEB  
Casablanca

Désignation	Qtité	Prix Unit HT	Montant HT
- Ramiprilwin 5g	06	54,00	324,00
<b>Montant Global</b>		<b>324,00</b>	

Arrêtée la présente FACTURE à la somme de :

Trois Cent Vingt-Quatre Dh

PHARMACIE ONYX  
Dr. Lahlou Nora  
Bd. Sidi Abderrahman Lot. Salaj  
Lot N°9 Villa 75 Casablanca  
Tél : 05 22 79 81 37  
I.N.P  
**092046150**

---

Bd Abderrahmane, Lot Salaj N 9 Villa 75 Ain Diab Casablanca

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : épouse/mme AMA Lou ZINEB - Adhérent - M<sup>me</sup> AITKASS Boujemaa

Matricule : 0440

N° CIN : B. 29165

Adresse : 2, Rue Mer Méditerranée - AÏNDIAS - EA FAROUN

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr A. BENGHAZI  
CARDIOLOGUE  
275 Bd Zerkouria Casa

Spécialité : cardiologie

N° ICE : 001 589 441 90

Tel 0522 39 98 48  
0663 08 63 80 N° INPE : INP : 091022137

Certifie que M<sup>me</sup>, Mme, M<sup>me</sup> : AÏALOU ZINEB.

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

- HTA connue depuis 10 ans  
- Vertiges justifiant l'échographie des TIA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : Ramipril 5 mg/j x 3 mois  
Simvastat 40 mg : 1/2 mg/j x 3 mois  
Vitaminine D. D-calc 100.000 : 1 Amp. buvable / mois  
x 3 mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 26-05-2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr A. BENGHAZI  
CARDIOLOGUE  
275 Bd Zerkouria Casa  
Tel 0522 39 98 48  
0663 08 63 80

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

PHARMACIE DU GOUVERNEMENT  
Tél. : 05 22 75 81 37  
BD SIDI ABBEY 25 - Casablanca  
BP 10000 - Casablanca - Maroc

54,00

54,00

54,00

54,00

54,00

54,00

oham  
nupras.

PER 06/25