

# 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

- Reclamation : 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- 0044556

Maladie  Dentaire

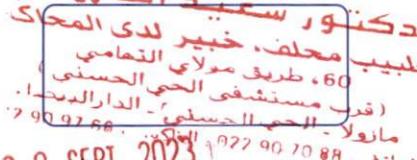
Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7610 Société : R 76427  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : CHABIBA KHACID  
 Date de naissance : 01.07.1963  
 Adresse : EL AÏT FATEH FOUNCI FALAFI 5 N° 25  
 Tél. : 0663869674 Total des frais engagés : 878,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 دكتور سعيد الخياط  
 طبيب مطلع، خبير لدى المحامي  
 60، طريق مولاي التهامي  
 قرب مستشفى الحسني العتيقة  
 الدارالبيضاء  
 مانuela - الحسني الدارالبيضاء  
 022 90 70 89  
 20 SEPT 2023  
 Nom et prénom du malade : CHABIBA Khalid Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Hypertension . Biscuit  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RAS  
 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 : CASABLANCA

Le : 10/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>STE PHARMACEUTIQUE 102, HAI FACH RUE SAZABANE 74190 SAZABANE</i>	<i>20/09/23</i>	<i>GT 8,70</i>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

## 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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





6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30

162160342



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/10  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

PPV 1 0 H 6 0 PER 0 1 / 2 6  
PER 0 1 / 2 6 0 T M 2 9 4  
LOT M 2 9 4



6 118001 030040  
VOLTAREN® LP 100 mg  
Comprimé pelliculé  
PPV: 51,30 DH  
1232204 MATA

PPV 1 4 0 H 6 0  
0 1 / 2 6  
0 2 9 4

voir notice

NEUROFORTAN 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 12/2025  
LOT 2D023 12

PPV: 40DH00  
PER: 06/26  
LOT: M1838

PPV: 40DH00  
PER: 06/26  
LOT: M1838  
voir notice

LOT 211484  
EXP 04/2024  
PPV 99.00 DH

Uniquement si  
RESPECTER LES DI

PPU: 166.20 DH  
LOT: 650911  
PER: 11/24

PPV: 40DH00  
PER: 06/26  
LOT: M1838

bottu  
82, Allée des Mouettes - An-Déka - Casablanca