

# 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

- 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

M22- 0005415

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10272 Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El HASSOURI MOUICHTAR

Date de naissance : 30/06/1960

Adresse : El Attache

Tél. 06 73 45 20 2 Total des frais engagés : 1185,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DOCTEUR KHLAFA MOHAMED**  
Médecin Spécialiste  
Diplôme d'Endocrinologie  
Diabétologie - Maladies Nutritionnelles

Date de consultation : 27/10/2023

Nom et prénom du malade : JAMALI LAILA Age : 48

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète - hypercholestérolémie -

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.

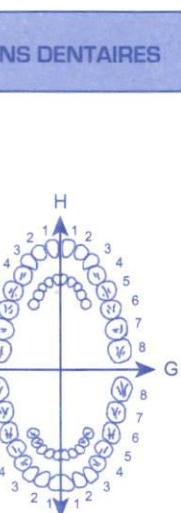
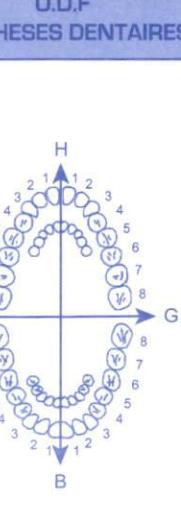
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CSA Le : 27/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : AB

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE BLOC "C" CHATEAUFRANCE (C) 2, Avenue de l'Europe 91150 Villepinte</i>	27/10/23	545,20

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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.																																																																																															
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																																															
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																															<b>Nature des Soins</b> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																															<b>Coefficient</b> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																															CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS																																																																																															
DÉBUT D'EXÉCUTION																																																																																															
FIN D'EXÉCUTION																																																																																															
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td colspan="2">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">35533411</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td colspan="2">11433553</td></tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553		<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																															MONTANTS DES SOINS																																														
		H																																																																																													
		25533412	21433552																																																																																												
		00000000	00000000																																																																																												
		D																																																																																													
		00000000																																																																																													
		35533411																																																																																													
		B																																																																																													
		11433553																																																																																													
DATE DU DEVIS																																																																																															
DATE DE L'EXÉCUTION																																																																																															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																																															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																																																															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																																																																																															

DOCTEUR KHLAFA MOHAMED  
Médecin Spécialiste  
Diplôme d'Endocrinologie  
Diabétologie - Maladies Nutritionnelles  
diplômé de l'université  
René Descartes  
Paris

INP 091085530

الدكتور خلافة محمد  
طبيب اختصاصي  
اختصاصي في أمراض الغدد  
أمراض السكري - أمراض التغذية  
خريج جامعة روني ديكارت  
باريس

27.10.23

Mohammedia, Le : ..... المحمدية

Jamali  
Laila

PHARMACIE BLOC "C"  
Rue GHOFRANE  
N° 2 Al Qods 16 Bloc (C)  
Casablanca  
Sidi Bernoussi

Amna Selaski

10 10 - 10 -

Lamhar Selaski

25 le 5/10/08

Amrhar Selaski

05

2 x 87,60

150,00

Dzelle Selaski

05

→

13. زنقة بغداد الطابق الأول - الهاتف: 05 23 32 04 44 - المحمدية

13, Rue Baghdad 1<sup>er</sup> Étage - Tél: 05 23 32 04 44 - Mohammedia - Email: doc.khlaftomohamed@gmail.com

4 x 120,00

Ban-Seller Test  
(100x2) test/100

16 x 120,00 getre mis

T= 945,20 University of elecdeel  
14 nl 11

