

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0000604

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5696 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : Epa Retraite
 Nom & Prénom : DRISSI AHMED
 Date de naissance : 1939
 Adresse : Rue 200 N° 37 Elmassina Elhassania
 El Oulfa Casa
 Tél. : 06 62 79 46 12 Total des frais engagés : 462,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/10/2023
 Nom et prénom du malade : EL BECHRASSI LATIMA Age: 36
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Zona Oulfa + trigéminalgie
 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) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2015

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/10/2023 | C1 | | 2000 |  |
| 27/10/2023 | Contrôle | | gratuit | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 16/10/2023 | 307.80 |
| | 27/10/23 | 20.00 |

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 | |
| | | | | | | |

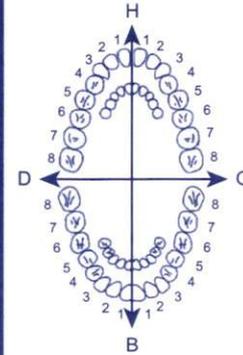
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 <input type="text"/> |
| | | | | Montants des Soins <input type="text"/> |
| | | | | Debut d'Execution <input type="text"/> |
| | | | | Fin d'Execution <input type="text"/> |



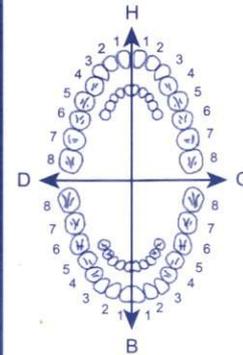
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | |
|--|--|
| | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |
| | Montants des Soins <input type="text"/> |
| | Date du Devis <input type="text"/> |
| | Date de l'Execution <input type="text"/> |



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BETTACHE ACHRAF
Médecine Générale



الدكتور بطاش أشرف
الطب العام

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

خريج كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le

16/10/2023

Mme EL OUASSI FATIMA

Pharmacie Massira Hassan
Dr. Leila HAOUZIR
Lot Massira Hassan Rue 6 - Oujda
Tél : 05 22 99 57 77

1) Aclorival 200 my
rep x 3 lj petit 07 jour

S.V.

2) Virpes ou Lornoxicam
1 comprimé au 2^e jour
rep x 2 lj petit 07 jour

S.V.

BETTACHE Achraf
Médecine Générale
Bd Oued Tassaout Rue N°36
Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 99 57 77

3) Cedol
rep x 2 lj petit 05 jour

S.V.

4) Euzol 200 my (Boîte de 07)
rep lj petit 07 jour

S.V.

5) Mezarfon 160 my
rep x 3 lj petit 05 jour

S.V.

Dr. BETTACHE Achraf
Médecine Générale
Bd Oued Tassaout Rue N°36
Oulfa - Casablanca
Tél : 06 45 55 06 54

Pharmacie Massira Hassan
Dr. Leila HAOUZIR
Lot Massira Hassan Rue 6 - Oujda
Tél : 05 22 99 57 77

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,00 DH
ID: 652963
6 118001 141548

Pharmacie Massira Hassania
Dr. Laïla HAOUZIR
Lot Massira Hassania Rue 6 -Oulfa
Tél: 05 22 93 57 71

LOT 223036
EXP 02/25
PPV 97DH50

CICLOVIRAL® 200 mg
25 comprimés
6 118000 070313

Lot : 231085
EXP: 06/2026
PPV: 39DH00

Cédol
20 Comprimés
6 118000 180913

2200

Megaston 160 mg
Boîte de 20 comprimés
6 118000 094937

LOT : 4323
PER : 05 - 25
P.P.V : 58 DH 30

Euzol® 20mg
7 Gélules
6 118000 095367

LOT: 46
PER: 05-25
PPV: 46DH00

Date : 27/10/2023

ORDONNANCE

Lot : 231085
EXP : 06/2026
PPV : 39DH00

ZOZMA 5%
Tube de 10 g de crème
6 118000 400318

Mme EL QUOUASSI FATIMA

39 1) Zovirax ou Aiclorial même ou Zozma
1 applj le soir pend 7 jours

57.00 2) Dexeryl même
1 applx 2j ^{matin} pend 15 jours

Go. o

Dr. BETTACHE Achraf
Médicine Générale
Bd Ould Tassant, Rue 80, N°6
Oulfa / Casablanca
Tél : 06 45 55 06 54

Pharmacie Massira Hassania
Dr. LAÏCH MAOUZIR
Lot Massira Hassania Rue 6 - Oulfa
Casablanca - Tél : 05 22 99 57 77