

# 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.

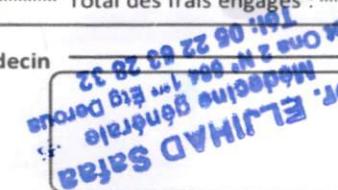
## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>9382</u>	Société : <u>MAN</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ABOUTABIB HASSAN</u>			
Date de naissance : <u>15.6.69</u>			
Adresse : <u>H 103 lot 11 maha Dcneur</u>			
Tél. : <u>0667778794</u> Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <u>20/11/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Aboutabit Salma</u> Age : <u>21</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : <u>Rhinopharyngite + Grippe</u>			
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : <u>Dcneur</u> Le : <u>20.11.2023</u>			
Signature de l'adhérent(e) :			



# 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
20-11-2023	consult		150 Dh	INPE 061283123

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Deroua	Fix : G5-22-580000	20.11.23 324.00
Ag lotissement el wafaa.	Deroua	Fix : 05.22.53.20.54 25.11.23 127.70

## ANALYSES - RADIographies

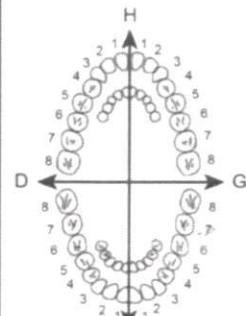
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

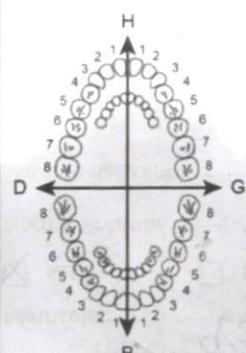
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	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'EXE

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

# Dr. Safaa Eljihad

Médecine générale  
Lauréat de la faculté de Médecine  
de Casablanca

الدكتورة صفاء الجهاد

الطب العام

خريجة كلية الطب

بالدار البيضاء

Deroua le : 20. 11. 2013 ..... الدروة في:

## ORDONNANCE

Nom et prénom : Abdelfababil Salma

22,00

1 -

Rhum  n

Sachet

pdt 7 j

9,00

2 -

Rhubarbe  gel

pdt 10 j

3 -

Collyre  cp.

pdt 10 j

4 -

AP  gout

1 app < 2 / 1. 

Adresse: Lot Oona N°684 Premier Étage

Deroua Berrechid

العنوان: تجزئة أونا الرقم 684 الطابق الأول

الدروة برشيد

Call : 0522532832

Call : 0606456612

1er Etage

23.10  
S - No - dotf 100 T  
n - n - 1 - 1

*DR. ELIHIAD Sfarra*  
Medecine générale  
106.06.22 63 28 32  
Lar Dora N. 884 1... Elia Dora

324.00  
PHARMACIE EL OUMOUIMA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua  
Fix : 05.22.53.20.54



**Dr. Safaa Eljihad**

Médecine générale  
Lauréat de la faculté de Médecine  
de Casablanca



الدكتورة صفاء الجهاد  
الطفل العام  
خريجة كلية الطب  
بالدار البيضاء

Deroua le : ..... 25 - 11 - 2023 ..... الドروة في:

ORDONNANCE

Nom et prénom : Absentab - t Salma

1- Rhinoflucon 1 gr  
— 0 — 1 pdf 3)

19.0°

2- Af. nol. Sirop a lait  
—

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain seba Casablanca  
Solupred 20 mg 20 cp  
P.P.V : 48,70 DH



3- Solupred 1 gr  
— 0 — 1 pdf 5)  
W.F.

Tel: 06 22 63 28 32

Liaison 2 N° 663 28 32

Lot: 0522532832

0606456612

Adresse: Lot Ona N°684 Premier Etage

Deroua Berrechid

العنوان: تجزئة اونا رقم 684 الطابق الأول

الدوة برشيد

Lot:  
À consommer  
avant le: /

PPC: 79,00 DH