

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1004 Société :  
 Actif  Pensionnée  Autre : AB7766  
 Nom & Prénom : Abdellah Mahamed  
 Date de naissance : 1936  
 Adresse : Rue 54 n° 25 Casablanca  
 Tél. : 066080608 Total des frais engagés : 1653,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : Casablanca Le : 23/10/2012

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

**PHARMACIE KOUTOUBIA**  
Mohamed ABBAB  
Docteur à la Pharmacie  
Lotissement Koutoubia Rue 24 N°104  
Cité Lycée - Casablanca  
TÉL: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 24  
INPE: 92036904

Date

Montant de la Facture

15/12/83

1653.30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Cœfficients

Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M P C I M I V

Montant détaillé des Honoraires

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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'EXECUTION**



# Pharmacie koutoubia.

AARAB Mohamed-docteur d'Etat en pharmacie.

Lotissement Messaoudia, Derb My Bouchaib

Rue 24 ,n° 104 Cité djemaa Casablanca.

Tél: 0522373107/0522573924

IF: 49132260 / CNSS: 1191428/ RC: 193582/ PATENTE: 33803216.

I.C.E:001696455000085

Facture : 15/11/2023

Dr. AARAB Mohamed

Corveram 5mg x 30	→ 208,00 x 1
Coronat 25mg x 30	→ 88,00 x 1
Resadom 10mg x 30	→ 37,00 x 1
Rozat 10mg x 30	→ 110,00 x 1
Lasilis 10mg x 30	→ 34,60 x 1
Flotal 10mg x 30	→ 147,60 x 1
Sarden 10mg x 30	→ 421,00 x 1
Tempeut	→ 178,90 x 1
	<u>T: 1653,30</u>

Amite la present facture à la somme de

vingt six cent cinquante trois dirhams trent cent

PHARMACIE KOUTOUBIA  
Mohamed AARAB  
Docteur d'Etat en Pharmacie  
Lotissement Messaoudia Rue 24 N°104  
Cité Djemaa - Casablanca  
Tél: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 24  
INPE: 92036904

PHARMACIE KOUTOUBIA  
Mohamed AARAB  
Docteur d'Etat en Pharmacie  
Lotissement Messaoudia Rue 24 N°104  
Cité Djemaa - Casablanca  
Tél: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 24  
INPE: 92036904

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

Nom et prénom : *Khali d. M'hamed*

Matricule : *1004* N° CIN :

Adresse : *Rue 57 n 25 Famila 5 ale dyn yaï Casablanca*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : *CARDIOLOGIE*

N° ICE : *031008321* N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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

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

*Infarctus*

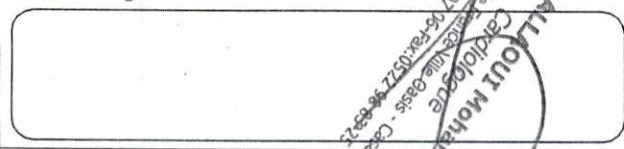
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *COVACON 515 - Cardox - Corovent - Bexalox 100  
ROZAT 1000 - Flut - Jardox - oed*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casabla* le *31/04/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :



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