

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9512

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AMRANI Joutey SALOUA

Date de naissance : 27/09/1970

Adresse : RES DRIT, Boulevard MOUADOUNI / IMA, APTEL

CALIFORNIE, APN CHOCK

Tél. : 0661216871

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Abu Ali Abdelaziz  
Médecin Généraliste

Date de consultation : 14/01/2024

Nom et prénom du malade : El Amrani Joutey Saloua Age: 53

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

lombago Handicap

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

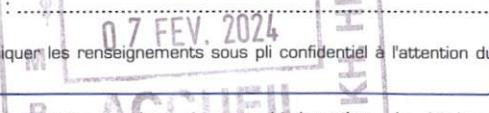
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 16/01/2024

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 |
|-----------------|---|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/10/23        | Consultation à Domicile + PMSE et Chirurgie |                       | 800 DH                          | <i>MDA 06/10/23<br/>Médecin Généraliste</i>                    |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture       |
|--|----------|-----------------------------|
| PHARMACIE RIZKA                        | 14/10/23 | 475,50<br>IN.P.E: 092103399 |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

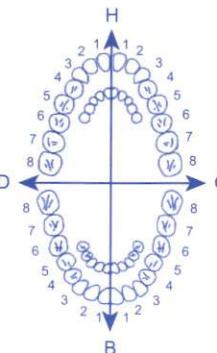
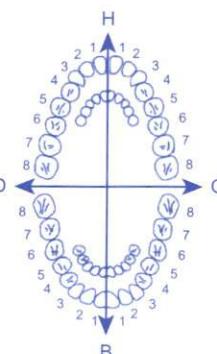
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### 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         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table><br> <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H                       | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | Coefficient DES TRAVAUX |
| H   | 25533412   | 21433552         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
| D   | 00000000   | 00000000         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
| B   | 00000000   | 00000000         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
| G   | 35533411   | 11433553         |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|   |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|   |  |                  |             | DATE DU DEVIS           |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|   |  |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

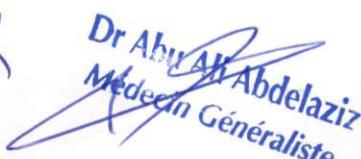
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

À: Casablanca Le: 14 / 01 / 24

Mme. El Amraoui Jontey Saloua

9400 1) Midoflex 16cm

1 cp x 3 / J x

  
 Dr Abu Ali Abdelaziz  
 Médecin Généraliste

9200 2) Diclo 100mg Suppo.

1 suppo / J x 5 J

255.00 3) Alyse 75mg cp

1 cp / J x 30 J

9900 4) Qesas 20 mg gélule

1 gélule / J x 10 J

Lot.: 22T285  
Exp.: 11.2025  
PPV: 255DH00

GTIN: 06118001260850  
LOT: 4073  
MFG: 10/2022  
EXP.: 10/2025  
PPV: 940hs00



27,50