

# 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10059*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *HIRCHI IDRIS*

Date de naissance :

Adresse : *DEROUA*

Tél. : *0762 46 41 17*

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *08/02/24*

Nom et prénom du malade : *Habib Ghazouani* ..... Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Habib Ghazouani*

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 : *DEROUA*

Le : *12/02/2024*

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
03/06/2009	CHIRURGIE	1 150,00		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE DEROUA 09 52 51 20 83 Bloc 101 Daroua Tel : 05 22 53 20 83 176	09/02/2024	247,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adionction]

tionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch, likely upper, showing the arrangement of teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the left and right sides. The diagram includes directional labels: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Ex- médecin interne au C.H.U  
Ibnou Rochd - Casablanca  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca



طبيبة داخلية سبقاً بالمركز الإستشفائي  
ابن رشد - الدار البيضاء  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام  
دبلوم في الفحص بالصدى  
تخطيط القلب

Médecine Générale

Diplôme en Échographie générale  
E.C.G

Date : 08/02/24

Nom : Hossam Ghazouani

133,00

10/ Acetaminophen



13,40

Aspirin



20/ Paracetamol

79,00



30/ Tylenol

22,00



40/ I.P.O



Prochain Rendez-vous : 24/2/24

Pharmacie PRINCIPALE D'EROUA  
sarl au  
Bloc U N° 1 Daroua  
Tel : 05 22 53 20 83

247,40 تجزئة الوفاء - الدروة - (قرب مسجد الوفاء)

540, Lot Wafaa - 05 22 53 27 53

الموعد المقبل :

A consommer de préférence avant fin / Best before  
Lot n° / Batch n°

يفضل أن يستهلك قبل :

PPC : 79,00 DH

V004- ETMYOB30CPMC



PARANTAL® 1g

10 SUPPOSITOIRES

PPV : 130 DH 40

EXP 03/2025  
LOT 33023 2

IPP®

Oméprazole 20 mg  
Boîte de 7 gélules

P.P.V. : 22,00 DH



3881  
Arcoxia 90 mg  
7 comprimés  
P.P.V. : 133,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 452/16 DMP/21/INTO 70042492-1  
720916-1

