

# 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

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	08838	Société :	PLAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AG 6261
Nom & Prénom :		Bennis Sofie	
Date de naissance :		24/05/1961	
Adresse :		Résidence les Gaudis de l'Orangerie	
Téléphone :		06 82 78 66 16	Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr. Sari GOUZAL Anesthésiste Réanimateur CLINIQUE RACHIDI 43, Bd. Rachidi - Casablanca		
Date de consultation :	09/02/2014	Nom et prénom du malade :	Bennis Sofie
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection digestive		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : ..... 13 FEB 2014
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 :

Le : 09/02/2014

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

### 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
08/02/24	C2			G Dr. S. ROUZAL Bd. Rachidi - Casablanca Tél : 0522.22.22.96

**DE L'OCEAN LES JARDINS EXECUTION DES ORDONNANCES**

Route d'Azemmour Sidi Abdellah Casablanca 15  
Tél : 0522.29.99.29  
Fax : 0522.29.99.29  
Dr. ALI BEN YOUSSEF  
Médecin - Radiologue  
Cabinet de Radiologie  
Dr. ALI BEN YOUSSEF  
Téléphone : 0522.29.99.29  
Fax : 0522.29.99.29  
Dr. ALI BEN YOUSSEF  
Médecin - Radiologue  
Cabinet de Radiologie

Date : 08/02/24 Montant de la facture : 5300

08/02/24 5300

INPE 097099639

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### 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.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D 00000000 00000000 35533411	B
				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



INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PU 53DH00  
XP 10/2025  
DT 34038 4

D لا يترك في  
يحفظ مكان لا ز  
دراية و معزز  
لابورفاف  
ASABLANCA MAROC

de bordeaux  
Diplôme d'Echo-cardiaque  
de l'université Paris V Descartes

وزال سناء

التخدير والإنعاش  
ج من كلية الطب ببوردو  
بليم تنظيط صدى القلب  
س V ديكارت

Casablanca, le : 08.02.2024

D'Lee Sofia Bous

S31W

Di Lledo S3

14P 42 / jour

S31W

PHARMACIE LES JARDINS  
DE L'OCEAN BAY Sari AU  
Route d'Agadir mokr km 15  
Dr. Bouazzouz 0522 250829  
0522 25260421  
Tel: 0522 250829  
399369



PHARMACIE LES JARDINS  
DE L'OCEAN BAY Sari AU  
Route d'Agadir mokr km 15  
Dr. A. Nour - 0522 250829  
0522 25260421  
Tel: 0522 250829  
399369

B300

S300

Dr. S. GOUZAL  
Anesthésiste et Réanimateur  
Clinique RACHIDI  
43, Boulevard Rachidi-Casablanca  
Tel: 0522 221296

PHARMACIE LES JARDINS  
DE L'OCEAN BAY Sari AU  
Route d'Agadir mokr km 15  
Dr. Bouazzouz 0522 250829  
0522 25260421  
Tel: 0522 250829  
399369

