

# 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

- Reclamation : 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)

M23-0024838

198021

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3450 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL KHATTABI Driss

Date de naissance : 17.5.1954

Adresse : 57, Rue Loundaya, Hay Al Moghrab El Jadid - Benchebida

Tél. : 06 68 17 32 63 Total des frais engagés : 2016,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27.02.2024

Nom et prénom du malade : EL KHATTABI Driss Age : 69

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : H - I A + J C F A

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 : Benchebida - Le : 27.02.2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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
27.02.2024	C			 Dr. EL MAKHLUF           Professeur Agrégé           5, Rue Med. Abd           15115

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
83 Avenue Maréchal Joffre 61151 Télé. 03 44 61 51 51	27/02/24	510,00
Pharmacie BLOUM FERRAD	27/02/24	150,00

#### Montant de la Facture

Spiral 2

370,00

Pharlock

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIARIES MEDICAUX

AUXILIARIES MEDICALS

Date des Nomb

Soins AM PC

.....

.....

-----

#### 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

PPV:82DH70  
PER:10/26  
LOT:M3695

Docteur ALI EL MAKHLOUF  
PROFESSEUR AGREGE  
CABINET D EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA  
Tél : 0522298155/59  
Email : elmakhlof@gmail.com

52, Boulevard  
BERRADA Jihane  
DAJOURA  
AL Houria  
Tél: 0222 32 41 76  
Berrechid

PPV:82DH70  
PER:10/26  
LOT:M3695

A CASABLANCA Le 27 février 2024

MR EL KHATTABI Driss

PREZAR 50mg  
1 le matin pendant 3 mois

AMEP 5mg Amlodipine  
1 le soir pendant 3 mois

REXABAN 20mg  
1 le matin pendant 3 mois

BAS DE CONTENTION N°2 A PORTER LE JOUR DE PREFERENCE EN COTON

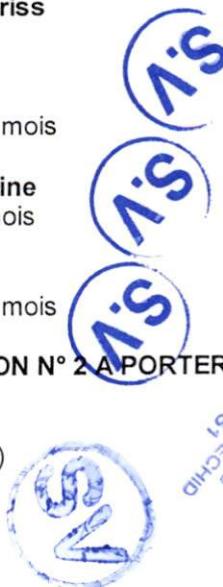
4 produit(s) prescrit(s)

570,00

570,00

570,00

570,00



PPV:82DH70  
PER:10/26  
LOT:M3695

Docteur ALI EL MAKHLOUF

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agréé Cardiologie  
5, Rue Med. Abd  
Tél: 0522298155/59

370,00

49,40

49,40

49,40

EN CAS D'URGENCE APPElez LA CLINIQUE JERRADA  
0522238181  
DR EL MAKHLOUF 0661131483

→ 370,00

→ 370,00

# Pharmacie OMNIA SARL - Berrechid

Dr HAMMOUMI MEHDI

0522336151

83, Avenue Marrakech , BerreCHID



Facture N° FAC-189833

Date : 29/02/2024

EL Khattabi Driss

Maroc

## Produit

	Qté.	P.U	TVA	Total
--	------	-----	-----	-------

THUASNE VENOFLEX CITY CONFORT COTON CLASSE 2 BAS CUISSE  
HOMME NOIR T4 REF 5328

1	510,00	3	510,00
---	--------	---	--------

TEL : 05 22 33 61 51  
83, Avenue Marrakech , BERRECHID  
Dr HAMMOUMI MEHDI  
PHARMACIE OMNIA SARL  
SIDI SLEMAN , BERRECHID

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	0	85,00

Total HT	425,00 DHS
TVA	85,00 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	510,00 DHS
<b>Total</b>	<b>510,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent dix DHS