

# 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 Meilleures 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 : 4726 Société : KAYA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NEFESSA EL FARISI IANABI AYAL

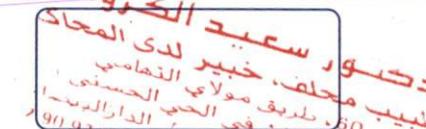
Date de naissance : 24/04/1961

Adresse : El Aouia Ben Abdellah

Tél. 0661387272 Total des frais engagés : 665.720 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/02/2021

Nom et prénom du malade : NEFESSA EL FARISI Age : 59

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : 3



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

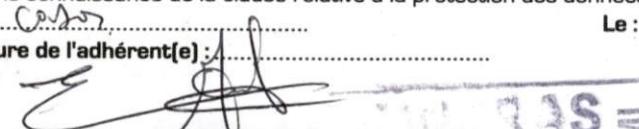
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 15/02/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| ٢٠٢١/١٢/٢٤      | C                 |                       | ٢٠٠٠٠                           | INPE: 09 069666  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 21/02/2024 | 665,45                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est **obligé** 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<br>PROTHESES DENTAIRES                   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                                       |             |                         |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>11433553 |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                       |             | 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  |                                       |             |                         |

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزولي

طبيب محلف

طبيب المحاكم

Dr. El IDRISSI LARAAI Amal

Casablanca, le :

15-02-2014 الدار البيضاء، في:

140,00

1. Quedes 20  x 2000

79,70 x 2 = 159,40

2. Tifgra  x 2000

60,00

3. Voltadene  x 2000

45,82

 x 2000

4. Cuntac

64,00

 x 2000

5. Canestene  x 2000

22,20

100/1996

سعید الكزولي

طبيب محلف اذربيجاني

طبيب محلف اذربيجاني

6. Odoline  x 2000

34,00

100/1996

7. Flydene  x 2000

100/1996

60. طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني، الدار البيضاء

663, 60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
الهاتف: 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500



PPV: 60,00 DH  
EXP: 06/2025  
LOT: M0665

PPV 79DH70  
PER 05/26  
LOT M1245



PPV 140,00 DH  
EXP 12/2023  
LOT 210611

LOT 210611  
EXP 12/2023  
PPV 140,00 DH

PPV 34DH00  
EXP 11/2025  
LOT 2N033 4

20 comprimés effervescents  
**MYANTALGIC®**

LOT: 098315  
PER: 09/2028  
PPV: 64 00

PPV: 45DH80  
PER: 11/24  
LOT: K3190



PPV: 23DH20  
PER: 12/2024  
LOT: 14077