

# 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.

M22- 0048608

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1063 Société : R.A.M  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 96609  
 Nom & Prénom : REZKI ABDELLAH AMRI  
 Date de naissance : 07-01-1950  
 Adresse : LOT. MUNICIPAL-BLOC II N°112  
HAY-1+ASSANI CASABLANCA 02  
 Tél. : 0616087169 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Sofia BOUGRINE  
Centre de Dialyse Al Hana  
Tél: 05 22 39 33 88  
 Date de consultation : 09/01/2024  
 Nom et prénom du malade : Zemasmiyamina Age : 69ans  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Affection rénale  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 27 FEV. 2024

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 : 27 FEV. 2024 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : M. BOUGRINE

## 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
29.10.21	26	62	Gratuit	Centre de Santé de la Côte d'Or Signature : 05.22.39.32.32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE L'ORCHIDEE</b> Angle Boulevard Ghandi & Angle Route d'Azemmour 21 500 CASABLANCA Tél: 05.22.36.66.22	09 DA 2024	T: 25421.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

[Création, remont, adjonction]  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



INPE: 091031724

P: 88 kg

Casablanca Ie: 091.1124

Dr. Zemamé Yamina

2542.00

Decembre 1000



3 cycles 5 € + 21 Decembre

10/12 2011

Int. complete baba

PHARMACIE L'ORCHIDEE  
Angle Boulevard Ghandi &  
Angle Route d'Azemmour  
21 500 CASABLANCA  
Téléphone: 05:22:36.66:22

CDH  
Centre de Dialyse  
Dr. Sofia Bougrine  
Tél: 05 22 39 33 88  
Fax: 05 22 39 26 43  
E-mail: cdhcasablanca@gmail.com

10, Rue Sigelmassa Hay El hanaa - Casablanca  
Tél: 05 22 39 33 88 - Fax: 05 22 39 26 43 - E-mail: cdhcasablanca@gmail.com  
ICE: 001777538000037 IF: 14499817 CNSS: 9807796 INPE: 090061656



Distribué par Roche S.A. ○  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
RECORMON 5 000 UI/0,3ml 6 PFS  
P.P.V. : 2 542,00 DH



6 118001 050376