

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## soins générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

## Pathologie 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.

## éducation :

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)

N° P19-0030707

Optique 27213  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2360

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : MARHABOU

M'HAMED

Date de naissance : 22-10-50

Adresse : CASABLANCA

Tél. : 0522507440

Total des frais engagés : 282,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MARHABOU HIBA

Age : 19

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : M'hamed

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-030707

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2360  
Nom de l'adhérent(e) : MARHABOU 711  
Total des frais engagés : 282,50  
Date de dépôt : / /

## 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
11/3/2020	S		180,00	 Dr. MICHEL GAGNÉ MÉDECIN 173, Rue Saint-Laurier Garde- 173, Rue Saint-Laurier Garde- 0522 81 29 97 - Fax: 0522 81 29 71

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>GHRIB Abdellah</b> <b>PHARMACIE</b> <b>El Boud Hay El Mostakba</b> <b>El Chouf Casablanca</b> <b>(022) 21 09 76</b>	11/08/2020	132.50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 d'explorations complémentaires.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical line labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom represents the midline. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'G' on the right represents the dental arch. The teeth are numbered as follows: upper arch (left to right): 2, 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch (left to right): 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 1, 2. The diagram shows the relationship between the dental arch and the coordinate system.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Brahim Amzil

Médecine Générale

Cabinet Médical

173, Rue Saint Laurent

"Garage Allal" - Casablanca

Tél. : 05 22 81 29 97 - Fax : 05 22 28 74 40

الدكتور بraham Amzil

الطب (العا

العيادة

173، زنقة سان لوران

كراج عال - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 28 74 40 - الفاكس : 05 22 81 29 97

Casablanca, le

11.3.2020

الدار البيضاء في

4780 - MARCHABOU Hiba

71 Doses Cr = 2x5  
1- 1- 1- 1-

84.70 ap 7 1- 1- 1-

3. Ferme Cr = 2x5  
1- 1- 1- 1-

132.50 ap

✓

Pharmacie EL MOSTAKBAL  
Dr. Brahim AMZIL  
MEDECINE GENERALE  
173, Rue Saint Laurent Casablanca  
Tél. : 05 22 81 29 97 - Fax : 05 22 28 74 40

Vitaminic 60  
Excipients Par gélule  
Malto dextrose 250 mg  
Bérate de magnésium 10 mg  
\*Avertissement Journalier Recommandé  
LOT 19248/FC7  
09/2022 PPC 84,70  
Mode d'utilisation : 2 Gélules par jour.

PPV :  
EXP :  
Lot N° :

4780