

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

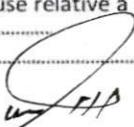
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-516404

ND: 29131

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>004145</u>	Société : <u>R.A.M.</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL AIL HOSSAN</u>			
Date de naissance : <u>29.09.1944</u>			
Adresse : <u>309 AV. B. HAY MASJID CASA</u>			
Tél. : <u>0644014712</u>	Total des frais engagés :		
Cadre réservé au Médecin			
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>29/09/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>EL AIL Hossan</u> Age: _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : <u>See doctor</u>			
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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : CASABLANCA Le : 19/09/2020

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
30.3.2020			150.00	INP : 0211223344556677 DR. KHABER Bouchair Généraliste Date : 09/03/2020 N° : 81-30-78

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIographies

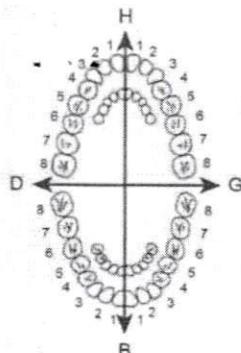
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE DR. H. ZARHLOU Hay El Massid Rue 45 Casablanca	30.3.2020		1369.00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

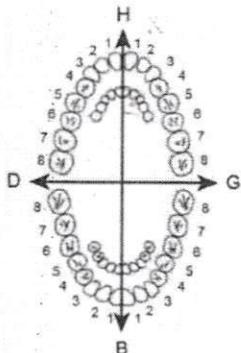
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur KHABER Bouchaïb

**Ex. Interne des Hôpitaux de France**  
**Médecine Générale**  
**Echographie**  
**D.I.U de Diabétologie et Nutrition**  
**de Montpellier**

Ex. Méd. Chef de la Polyclinique  
Hay Mly. Rachid  
Médecin Expert auprès des Tribunaux  
Médecin agréé pour la Délivrance des Certificats  
d'aptitude pour le permis de conduire  
Tél. : 05 22 81 30 78  
GSM : 06 61 14 50 50

Casablanca, le

الدكتور خابر بوشهري

## داخلی سایقا بمستشفيات فرنسا

الطب العام

الفحص بالصدف

دليوم داء السكري، والتغذية من موئلي

سُر تیس سایہ، بِمَسْتَشْفَى (ص: و: ض: ج:)

مولای رشید

دكتور خبير ملحق لدى المحاكم

## طبيب معتمد لمنح شواهد رخص السيادة

الهاتف : 05 22 81 30 78

المحمول : 06 61 14 50 50

الدار البيضاء، في

TAHOR 10 mg  
Boîte de 28 comprimés

Lot : 1276874

Date Fab : 06 / 2019 Date Exp : 05 / 2022

PPV : 79,00 DH

LOT 2001681  
EXP 02 / 2023  
PPV 28.00 DH

TAHOR 10 mg  
Boîte de 28 comprimés

Lot : 1276874

Date Fab : 06 / 2019 Date Exp : 05 / 2022

PPV : 79,00 DH

LOT 191703  
EXP 11 / 2022  
PPV 28.00 DH

TAHOR 10G 28 CPS  
P.P.V. / DH00

Laboratoires  
Pfizer  
S.A.

6 118000 250340

172,00

172,00

172,00

PPV :

Exp :

N° Lot :

30,60

PPV :  
Exp : 30,60  
N° Lot:

PPV :

Exp :

N° Lot :

30,60

78,70

78,70

78,70