

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-506253

ND: 32317

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9900	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Q ASN Abdellah	
Date de naissance :		04/05/1923	
Adresse :		... 000	
Tél. :	0661151698	Total des frais engagés :	1000 Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	28/02/2020	Age :	80 ans
Nom et prénom du malade :		Q ASN Abdellah	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 :  
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
28/02/2020	S		200,00	INP : 0911917913
				<i>Docteur Kawtar ERDIB Spécialiste en Pédiatrie 521<sup>e</sup> Etage - 2<sup>me</sup> 930 771</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie AL AZIZIYA Tél : 0522 90 00 10 Port: 0522 90 00 10</i>	<i>28/02/2023</i>	<i>91,20 Dhs</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> 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	INP : <input type="text"/>												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
G	00000000	00000000																
B	35533411	11433553																
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS													
					<input type="text"/> DATE DU DEVIS													
					<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

**Dr. Kawtar ERBIB**

Spécialiste des maladies  
de l'enfant et du nourrisson

Diplômée de la faculté de médecine  
de Casablanca

Ancien médecin résidente à l'Hôpital  
d'enfants à Casablanca



**د. كوثر اربيب**

اختصاصية في أمراض  
الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بالبيضاء

طبيبة مقيمة سابقاً بـ مستشفى  
الأطفال بالدار البيضاء

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 28/02/2020  
Nom : Qasim Glito

Age : 3 mois  
Poids : 12kg

11,70

11 - Dolipronille 200 suppo S.V

1 suppo x 4/j

à afficher

+ 21 - No-Dol sirop R

100ml (12) x 31 j

les fes

79,50

31 - Filobutol Negforges spray S.V

2 pulv /gorge x 3/j

+ 41 - Pectides sirop R

150ml (12) x 31 j 15ml ou 1/2 dose

شارع واد درعة، زنقة 52، الطابق الثاني - الألفة - الدار البيضاء

Bd, Oued Derâa, Rue 52, N° 55, 2<sup>ème</sup> Etage - Oulfa - Casablanca

Tél. : 0522 930 777 - Urgence : 0634 375 951

Pharmacie N'Aziza  
Tél : 05 22 91 17 18  
Pour Ordonnance

Dr. Kawtar ERBIB  
Médecin spécialiste en Pédiatrie  
Casablanca, Tél : 05 22 930 777