

## 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.

N° W19-540845

ND: 34009

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5985

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mouhajir Said

Date de naissance :

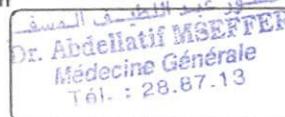
Adresse : Halatuelle

Tél. : 0610.90

Total des frais engagés : 410,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : Mouhajir Said

Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : obalque



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 : 01/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### **BELEVE 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
2 JUIN 2020 exm		1	DT 120	INP : 091114050  دكتور عبد الله بن المصطفى Abdelkader MSEFFER Medicine Générale Tél : 03.87.13

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARINA Sofia KOUHEN 54, Rue Ibnou Jabin (Ex Tarave) Bourgogne - Casablanca Tel : 0522 24 24 29 / 0651 62 22 22	12/06/20	230,35

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

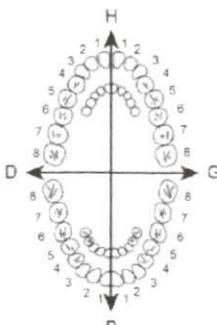
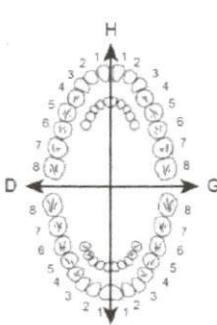
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **BEIJING 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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]															
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]															
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
<hr/>																			
B	00000000	00000000																	
G	35533411	11433553																	
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]															
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]															

# الدكتور عبد اللطيف المسفر

DOCTEUR ABDELLATIF MSEFFER

FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX  
MEDECINE GENERALE

8,Bd. Abdellah Senhaji  
Lotissement Amal  
Tél . : 05 22 28 87 13

Casablanca ,le .....

12 JUIN

**OTOSAN®**  
**SPRAY**

Pe ...  
Po ...  
Pal ...  
For ...  
Für ...  
Tic ...  
  
ISOPHARM  
Otosan Spray  
Auriculaire  
86.50 DH

XIANT

LOT: 190459  
BLUD: 12/2022  
99,00DH

74,80

Dynafon crv

99,00

- Relaxine

B6345

86,15

- otolys

3 gtt à offrir oreille crv

et 1/81

15,30 x 2

- Galiprane 500 mg

S.P.

230,90

**PHARMACIE MARINA**  
Sofia KOUHEN  
54, Rue Ibnou Jann (Ex Tarave)  
Bourgogne Casablanca  
Tél. : 0522 94 24 39 / 0681 63 23 23

physique et  
ain et  
coine.

LOT 13440/FC7  
10/2022 PPC 74,80

aire n'est pas un médicament

PPV 15DH30  
PER 12/22  
LOT 12889-2



15,30

PPV 15DH30  
PER 12/22  
LOT 12889-2



15,30