

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

## soins 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.

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.

## Biologie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0000912

Société : 34800

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Asmae MEZIATI  
Médecine Générale  
274, Lotissement Haj Fateh  
Lissasfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 29 63  
091194779

Date de consultation : 93 / 01 / 2011

Nom et prénom du malade : DAMIA RITA OUNNOU Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : RITA  autre

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) :

## 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
23/07/2020	G		200,000Dhs	Dr. Asmae Médecine Générale 274, Lotissement Hay Faten Lissasfa - Casablanca Tél : 05 22 93 29 63 NPE : 091194779

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. NABIL JANE LOUZ Imm. 7 Oulad Azouz Bch 2 - Casablanca	23/07/2020	747,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient DES TRAVAUX																		
	<p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">H</td> <td style="width: 33%;">25533412</td> <td style="width: 33%;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td><b>G</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	<b>D</b>	00000000	00000000		35533411	11433553	<b>G</b>				<b>B</b>		<p style="text-align: center;">MONTANTS DES SOINS</p> <hr/> <p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS</p>
H	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
<b>D</b>	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
<b>G</b>																				
	<b>B</b>																			

Casablanca, le : 23/07/2020

J<sup>m</sup> Dania RHOUAM

PHARMACIE JNANE LOT  
Dr. MUKHAD AMINA  
N° 4 Imm. 7 Oulad Azouz  
Al Farah 2 - Casablanca

① - Anglo 5 SV  
43,00x3  
Mp 1 i

23mm

145,90x3

② - Congyl 8

25mm

PHARMACIE JNANE LOT  
Dr. MUKHAD AMINA SV  
N° 4 Imm. 7 Oulad Azouz  
Al Farah 2 - Casablanca

58,50

③ - Lysol 80

20mm

1 m 1 m

SV

M

65.60

~~PHARMACIE JNANE LOU  
Dr. MUKHAD AMINA~~  
N° 4 Imm. 7 Oulad Azouz  
Al Farah 2 - Casablanca

X 08mm'

53.10

Release

SV

07pm'

**PHARMACIE JNANE LOU**  
Dr. MUKHAD AMINA  
N° 4 Imm. 7 Oulad Azouz  
Al Farah 2 - Casablanca

Dr. Asmae MEZIATI  
Médecine Générale  
174, Lotissement Haj Faten  
Lissasfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 29 63  
PE : 09119 1779

145.90

T: 747

PPV: 43DH00  
PER: 02-22  
LOT: 1491

**ANGLOR 5 mg**  
Amlodipine  
30 comprimés



6 118000 042006

PPV: 43DH00  
PER: 02-22  
LOT: 1491

**ANGLOR 5 mg**  
Amlodipine  
30 comprimés



6 118000 042006  
PPV: 43DH00  
PER: 07/21  
LOT: 11655

**ANGLOR 5 mg**  
Amlodipine  
30 comprimés



6 118000 042006

LOT : 19E008  
PER : 10/2022

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V : 53DH10

6 118000 060633

69,60

200 71  
1 21  
307 46

**COVERSYL®**  
Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables  
**5 mg**

6 118000 100294

145.90

**hydroxo 5000**

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

hydroxo 5000  
4 Ampoules Injectables

6 118000 032182

EXP 05/2023  
LOT 01009 2

**COVERSYL®**  
Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables  
**5 mg**

6 118000 100294

145.90