

# 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.

## 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

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)

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0002431

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1127 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

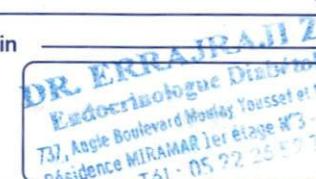
Nom & Prénom : DR. F. Fatai Date de naissance : 22/12/145

Adresse : 502, Rue Gauthier casa

Tél. : 0693311983 Total des frais engagés : 240,570.300 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/8/20

Nom et prénom du malade : DR. F. Fatai Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : diabète type 2 00 SEP. 2020

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
25/12/2016	C2	300 Dr		 DR. EL SAYED Endocrinologue Diabetologue 737, Avenue Mohamed Nasser Youssef N° 2 Résidence MAMAR 1er étage N° 2 Tel: 05 22 15 51 2

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA SSEHIL SIDI RAHAI 1-05-22-06-9381	25/8/2023	2405,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <input type="text"/>										
	<b>H</b> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; border-top: 1px solid black;"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <b>G</b> <b>B</b>	25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b>  <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
<b>D</b>												
00000000	00000000											
35533411	11433553											
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
<b>DATE DU DEVIS</b>  <input type="text"/>												



25/8/20.

م. DRIFI Fatima.

- Ambrox 5

$$89,60 \times 4 = 356,80$$

- 1 - 0 - 0

- Lasilix cp. 34,60 x 6 = 207,60

- 1 - 0 - 0

- Teutix 100 : 24,60 x 3 = 73,20 de

- 1 - 0 - 0

- Stegic 107,60 x 2 = 215,20 3mg.

- 0 - 1 - 1.

- Huidog inx 36.

12 UT *DR. ZINEB ERRAJRAJI*  
Endocrinologue Diabétologue  
737, Angle Boulevard Moulay Youssef  
Résidence MIRAMAR 1er étage

12 UT *DR. ZINEB ERRAJRAJI*  
Endocrinologue Diabétologue  
737, Angle Boulevard Moulay Youssef  
Résidence MIRAMAR 1er étage

- Tedisal

$$95,00 \times 5 = 475$$

- Dine life (18)

*DR. ZINEB ERRAJRAJI*  
Endocrinologue Diabétologue  
737, Angle Boulevard Moulay Youssef  
Résidence MIRAMAR 1er étage N° 3  
Tél. : 05 22 26 52 11 / GSM : 06 64 00 98 46

T8N →

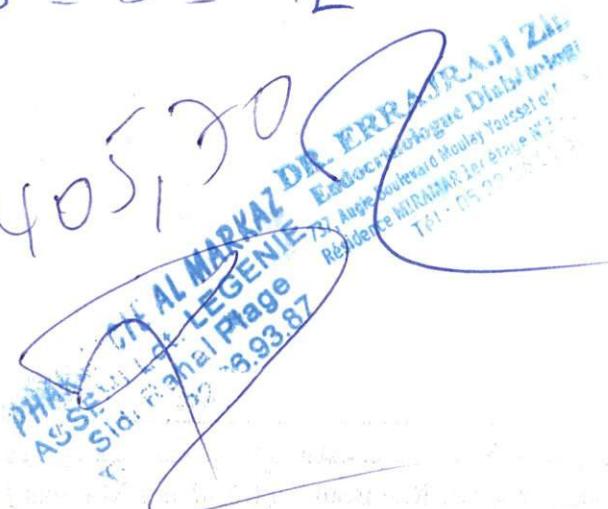
شارع مولاي يوسف، رنقة بوكراع، إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء

737, Angle Bd Moulay Youssef Rue Boukraa Résidence Miramar N° 3, 1er Etage

Tél. : 05 22 26 52 11 / GSM : 06 64 00 98 46

- Becidox (1lt) 35,10 
- 141j
- Raci/Res 20 (1lt de 28)
- 1 - 0 - 0
- ISOX 200 (1lt) 82,00 
- 0 - 1 - 0
- Drool (1lt) 37,00 
- 0 - 2 - 2
- linepy - 75 x 3 
- 0 - 0 - 2

2405170





3/2020

09.101 RDX  
82020 RDX  
988002 LOT

107.60

STAG-iD

LOT 201265  
EXP 06 2023  
PPV 107.60

107.60

LOT 200858  
EXP 03 2023  
PPV 36.20

36.20