

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

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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

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)



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **2593**

Société : **49280**

Actif  Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **NABIL**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **692894201**

Total des frais engagés : ..... Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  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 : ..... Le : **20/11/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

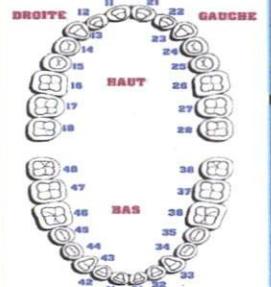
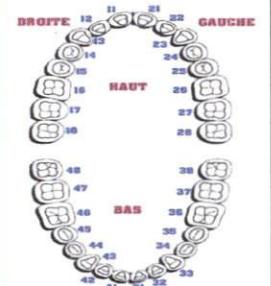


## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué, et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux				
									
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire							
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>H</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> <td>G</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553	G
D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553	G					
<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : ..... Mle							
<b>DECLARATION N°</b>		W17-134471							
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes							
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle									

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 2503

Nom & Prénom NASIL RACHIDA

Fonction : VEILLE Phones : 0522132810

Mail : nasil\_rachida@yahoo.fr

MEDECIN

Prénom du patient

Nasil Rachida

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age : 30

Nature de la maladie

HTA + Allergie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date : 07/01/20

Montant de la facture

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM

SHAHID GUEFLE GOUT

Docteur en pharmacie

4, Résidence Annaim - Oulfa

Tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date : 07/01/20

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : 07/01/20

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Docteur Latifa BOUDAD

Médecine Générale  
Diplôme U. en Diabétologie  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

الدكتورة لطيفة بوضاض

الطب العام  
دبلوم جامعي في داء السكري  
كلية الطب العام



blanca, le : 07 NOV 2020



Nabil Rachida

105,40 x 3

- ANCINE plus 100/25) SV

25,00 SV

- ZOTROL 50

SV

55,00

- Amoxil 1g SV

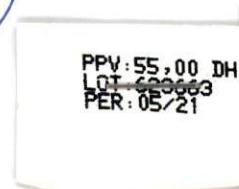
50,00 SV

- Curtec

SV

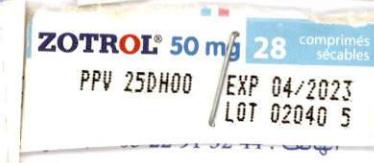
Lot. Annaïm, Imm A20, App. 3 - El Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 91 32 44 - Gsm : 06 66 26 70



PHARMACIE RES  
Sidi M'hamed  
4, Résidence  
Tél: 05 22 89 43

ZOTROL® 50mg  
28 comprimés sécables



~~53,10~~  
- Relaxed

(SV)

~~32,90~~  
- Next 2/7

- Dogmatil  
- Next 3/7

(SV)

T. 532.20

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Sihain Guitioua  
Dr. Boudjellal  
4, Résidence Annaim - Oulfa  
Tél: 05 22 89 43 00 - Casablanca

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
LOT : 19E006  
PER.09 2022  
P.P.V : 53DH10  
6 118000 060833

Dogmatil 50mg  
20 Gélules  
P.P.V : 32DH90  
9 118000 061199

DISPENSATION  
LOT ANNEXE  
Medecin: Dr Boudjellal  
Général  
Dr Boudjellal