

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° W19-491258

ND: 51152

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5301 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : MME NEBBATE NAJAT

Date de naissance : 30-06-59

Adresse : FADAAT AL MOUHIT EM 25 RD 6 MAR BOUZZA

Tél. : 0665110891 Total des frais engagés : 309,40 + 1767 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 23 / 11 / 20

Nom et prénom du malade : MME NEBBATE NAJAT

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ 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 : Casa Le : 23/11/20

Signature de l'adhérent(e) : .....



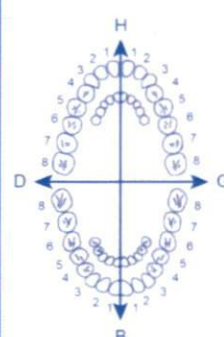
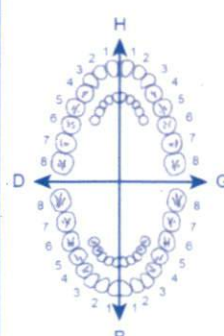


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
23/11/20	G			INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie WILAYA MOULOUYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa Casablanca, Tel: 0522 90 51 13 ICE: 000000071	23/11/20	309,40
Pharmacie WILAYA MOULOUYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa Casablanca, Tel: 0522 90 51 13 ICE: 000000071	23/11/20	1767,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse		MONTANTS DES SOINS [ ]															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

23.11.20

Messite Naph

Dr. ASS. KAIKANI WAFAA  
Pharmacien  
CE: 0022912200000713  
0522 90 51 13  
El Oulfa

57,10

1/ Isobut 2 sup



3 sup le matin

x 5 Jrs

39,80

2/ Laro xyl 2 gatts



3 gatts

le soir (10 Jrs)

29,50

3/ Grisur 2 sup



2 sup

3 Jrs

4/

18rp

4/ Migralgic 9


$$1 \text{ Cp} \times 3 \mid \overline{\sigma}$$

5/  $\frac{\text{Reds}}{14} \mid \frac{\text{Long}}{14}$


$$T = 302,40$$

UNIVERSITE WILLY MOUTOUYA  
ZEKRI A. OUSSELY  
Docteur en Pharmacie  
20-22 rue du grand Moudjahid El Oulfa  
Esablanca Tel: 0522 99 51 13  
CE: 002291203000071

PFV:39DH80  
PER:04/23  
LOT: J807

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV.:

PPV: 21DH50  
~~PBR: 01/32~~  
 LOT: J040

PPV 21DH50  
PER 01/22  
LOT J243

LOT: 200713  
PER: 01~2023  
PPV: 140,00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

29/10





## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 23.11.20

Nesbete Natch

589,00 x 3

1/

Anas Frozoli



1 g / Jour

T=1767,00

Nais



PHARMACIE HIL 111 MORILUYA  
ZEKRI Abdelaz  
Docteur en Pharmacie  
220-221 Bd Oum Rabii Casablanca  
Casablanca - Tel: 0522.90.51.13  
ICE: 00229120000071

Tris  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr. ASS. KHALIL MURFAA  
ONCOLOGIE MEDICALE  
001214174