

# 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

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

N° W19-456298

55877

Optique

CA

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10648

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAHSSOUN Henda

24/09/49

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661412620

Total des frais engagés : 2000DC + Medicam

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور بارولين مهني  
أخصائي في أمراض وجراحة المخ  
شارع واد درعة الكتف، الدار البيضاء  
الهاتف: 0522 89 75 38

Date de consultation : 21 OCT 2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfan

Nature de la maladie :

En cas d'accident précisez les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aura un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 26/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21 OCT 2020	CS		200.00	<p>INPE: 091169299</p> <p>دكتور (مطر عزيز)</p> <p>خاص في امراض النساء والتوليد</p> <p>العنوان: شارع واد درعة الالياز</p> <p>الهاتف: 0918383333</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>HARMACIE HAV EL MABROUK</b> Dr. EL MABROUK Hakim 1 Bd. Oum Rabli Cite Casablanca Tél.: 05 22 93 2026</p>	21/10/2013	118,42

## 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
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acté pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaïraires, ainsi que le bilan d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

أوبتيبرد  
Optipred®

Lot: VH0191  
Fab: 09 18  
Exp: 09 20

Spectrum®  
ciprofloxacin  
Lot: R090194-1  
PER: 03-2022  
PPV: 33/30 DH

في مصلحي

وجراحة العيون

ة - البيرز

المركزى بنانسى - فرنسا

كلية المغرب

البصر العالمية

أيكومب®  
Icomb®

Lot: WN0217  
Fab: 12 19  
Exp: 12 21

PPV: 30 DH 30

21 OCT 2020

SAHSSOUN Houd

1/10/20

cellulite



1/3/25

ج ٢٠

23/10/20

optipred



1/2/25

21/10/20

30/10/20

Icomb



1/6/25

ج ١٥

20/10/20

Frakidex P



1/6/25

ج ١٥

11/10/20

nerges

1/6/25

ج ١٥

ARMERIA HAY EL MATAR  
r: EL MABROUKI Hakim  
Oula Rabii Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 93 20 26

FRAKIDEX  
Pom. Ophta. 5 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 20,80 DH  
ADSP n° 02 DMP/21/NCI

الدكتور (Dr)  
اخبار ماروك  
51  
العنوان  
العنوان

54، شارع واد ٥٣ (قرب موسى عبد) مجموعه "Q" الطابق السفلي الألفة - الدار البيضاء

54, RDC Groupe "Q" - Bd. Oued Daraâ, (Près Institut Abdou) Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 75 38

GSM : 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95 • E-mail : docteur.marouani.mostapha@gmail.com

