

# 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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.

Déclaration de Maladie

N° W21-659022

B625

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :** *YOUSSEF*

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

**Matricule :** *M621*

**Société :** *YOUSSEF*

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**Tél. :** *0668970968*

**Total des frais engagés :** *584,65*

**Cadre réservé au Médecin**

**Cachet du médecin :**

**Date de consultation :** *7 NOV. 2022*

**Nom et prénom du malade :** *ABDELLAH YOUSSEF*

**Lien de parenté :**  **Lui-même**  **Conjoint**

**Nature de la maladie :** *Aff. gagné et cpl*

**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.

**Docteur Abdellah YOUSSEF**  
Médecine Générale  
Echographie  
155, Av. Afachida, 10  
Casablanca - Maroc

**Age :** *78*

**Enfant**

**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 :** *20/11/2022*

**Signature de l'adhérent(e) :** *YOUSSEF*

## 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                 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 7 NOV. 2022     | C                 |                       | 200,00                          | INP : 09110 81003<br>Dr. Dr. Abdelaziz El<br>Médecine Générale<br>Réhosphathie |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien & Date  | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <br><b>PHARMACIE BENZIT - Pharmacie &amp; Santé</b><br>Bouchra BENZIT - Km 12.5 Dar Bouazza<br>route Azemmour Km 12.5 - Casablanca<br>05 22 95 57 78 - 00213863500082<br>115536 - ICP | 07/11/22 | 384,65                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>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'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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
|---|----------------|------------------|-------------|----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|   |                |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
|    |                |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  |                |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>   |                |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  |                |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| FIN D'EXECUTION <input type="text"/>  |                |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  |                |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |                |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>H</b><br><table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> |                |                  |             |                            | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <b>D</b> | <b>G</b> | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
| 25533412  | 21433552       |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 00000000  | 00000000       |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>D</b>  | <b>G</b>       |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 00000000  | 00000000       |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 35533411  | 11433553       |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>   |                |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  |                |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>   |                |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>   |                |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                |                  |             |                            |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ABDELALI TLEMÇANI

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الدكتور عبد العالى التلمسانى

الطب العام

أمراض النساء والرجال والأطفال

الفحص بالتلفزة

155، شارع أفغانستان

حي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.90.33.90

Casablanca, le .....

- 7 NOV. 2022

119,- Vitadigest 111 (SV)

1 g / -

79,95 - Odemtin (SV)

4 fls ex

172,- Effalgan 6,6c (SV)

4 fls ex

69,- - Dexivox (SV)

1 tablette 3x

09,- - Odex 20 (SV)

1 tablette 1, le 5gr

384,- 65

Azlagan: youss

Lot:

Consommer de préférence a

PPC: 119 DH

LOT: 210230  
PER: 04/2024  
PPC: 79,95 dh

EFFERALGAN® vitaminé C  
PPV 17DH70 EXP 01/2025  
LOT 1D067 1

PHARMACIE BENZI  
Bouchra BENZI  
Route Azemmour  
Tel: 05 22 98 18 18  
IMP:092015536.ICE

ements passager

LOT: 220414  
DLUO: 05/2025  
69,00DH

toires

LOT 210584  
EXP 12/2023  
PPV 99.00DH

Docteur Abdellah TLEM  
Médecine Générale  
Echographie  
155, Av. Afghanistan  
Casablanca - Tel.: 05 ...

المرجو إحضار الوصفة عند المراقبة

13821