

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

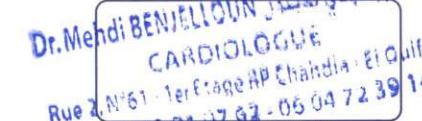
Optique

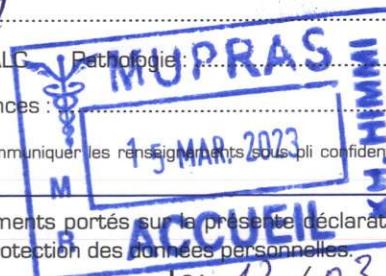
Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	630	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HAJIL MOHAMED
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		01-01-1944	
Adresse :		CHERAM RUE 1 APT 1 57 80 OUFRA CASA	
Tél. :		06 70 98 62 80	Total des frais engagés : 994,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	13/03/2023	Nom et prénom du malade :	HASIL MOHAMED
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA		
Affection longue durée ou chronique :	<input checked="" type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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		
Signature de l'adhérent(e) :	RAB		
Le : 13/03/2023			



### 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
13/03/23	CSK FCG		3000,00	Dr. Mehdi BEN YOUNES CARDIOLOGISTE Rue Z N° 61 1er Etage AB Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INPE : 91170670

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe RMC 15/ N 27/25 EL Oued - Casablanca TEL : 05 22 89 09 63 I.C.E : 00050024600026	13/03/23	694,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nom et Prénom : .....

**HAJIL Mohamed**

Casablanca, le : ..... 13/03/2023.....

**SYNTHEMEDIC**

22 rue souheir bnoou al aquam roches  
 noires casablanca

ATACAND

16 mg Cpr séc

Bte de 30

140/16 DMP/21/NRO P.P.V: 165,50 DH

6 118001 020546

**SYNTHEMEDIC**

12 rue souheir bnoou al aquam roches  
 noires casablanca

ATACAND

6 mg Cpr séc

Bte de 30

40/16 DMP/21/NRO P.P.V: 165,50 DH

6 118001 020546

**SYNTHEMEDIC**

22 rue souheir bnoou al aquam roches  
 noires casablanca

ATACAND

16 mg Cpr séc

Bte de 30

140/16 DMP/21/NRO P.P.V: 165,50 DH

6 118001 020546

Lot : V307G  
 Dlou : 11/24  
 P.P.C : 69 Dh



PPV	43 DH 00
PER	01/25
LOT	L3894

PPV	43 DH 00
PER	01/25
LOT	L3894

PPV	43 DH 00
PER	01/25
LOT	L3894

**ATACAND 16**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

**ANGLOR 5**

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

**69,00**

**VISENTIEL**

2 comprimés le matin

**DSTRESS**

1 comprimé, matin et soir

**T = 694,50**

**PHARMACEUTIQUE SOUFIANE**  
 Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
 EL Oulfa - Casablanca  
 Tél : 05 22 89 09 63  
 I.C.E : 00050024 000026

**Dr.Mehdi BENJELLOUN** .....  
 CARDIOLOGUE .....  
 Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa  
 Tel: 05 22 97 07 62 - 06 04 739 114  
 INPE: 91170670

13-Mar-2023 16:22:13 Fréq. Card.: 69 BPM  
 Axes P-R-T: -35 21 39 Int PR: 163ms  
 Dur.QRS: 90ms QT/QTc: 356/374ms

13-Mar-2023 16:22:13

ID:  
 D-naiss: ans,

