

# 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.

M22- 0021008

1X4776

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 06430 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SMENLI, Mohammed

Date de naissance : 07/08/1961

Adresse : Hay Larbiye Rue 29 N° 16

Pin el K. Casa

Tél. : 0666247075 Total des frais engagés : 411,02 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Lotfi Mohamed  
Urgentiste  
INPE : 091202390  
Tél : 06 61 45 30

Date de consultation : 15/03/2023

Nom et prénom du malade : SMENLI - ISMAIL Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Je Phadip

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : SMUPRA

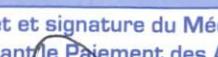
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 24/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
15/8/23	C	1	150,-	 Dr. Lotfi Mohamed Organiste INPI : 04 202390 Tél : 06 61 45 30 30

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 092006048	15/11/23	261,40

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
			COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
			MONTANTS DES SOINS																		
			DEBUT D'EXECUTION																		
			FIN D'EXECUTION																		
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	<hr/>			G	35533411	11433553
	H	25533412	21433552																		
	D	00000000	00000000																		
	<hr/>																				
	B	00000000	00000000																		
	<hr/>																				
	G	35533411	11433553																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
				MONTANTS DES SOINS																	
			DATE DU DEVIS																		
			DATE DE L'EXECUTION																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

Mohamed

Médecine générale

Médecine des urgences

Maitrise de douleur

Hospitalisation à domicile

Casablanca Le 17/3/23

17/3/23

i M E H W i s n a l

(Dr. Lotfi Mohamed)  
Tel : 06 61 45 30 30

Flacon de 200 ml

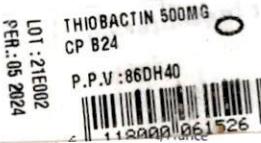
AMM N° : 271/98DMP/21

P.P.V. : 27,00 DH

Flacon de 200 ml

AMM N° : 271/98DMP/21

P.P.V. : 27,00 DH



Médicament autorisé /  
Authorized medicine/  
دواء مرخص رقم:  
34009 30653074

DA004  
03/22  
02/2024

Distribué sous licence  
par LAPROPHAN  
21, rue des Oudaya  
CASABLANCA - Maroc  
PPV:  
60DH10

3 582910 011910

Dr. Lotfi Mohamed  
Urgentiste  
NPE : 001202390  
Tel : 06 61 45 30 30

Lot/Batch:  
Fab/Mfg:  
EXP: