

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier d'El Jadida - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **000 1542**

Société : **R. A. M.**

Actif  Pensionné(e)

Autre : **Re tr aite**

Nom & Prénom : **K. O. D. S. S. I.** M. H. A. M. M. E. D.

Date de naissance : **01/01/1940**

Adresse : **Pr. LAM. 14. EL ADE**

**El Jadida**

Tél. : **06 70 92 18 53** Total des frais engagés : **275.00** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **14 MARS 2023**

Nom et prénom du malade : **KODSI H. A. M. M. E. D.** Age : **79**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Affection coeur**

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 : **El Jadida**

Signature de l'adhérent(e) : **El Jadida**

Le : **15/03/2023**

## 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
14 MARS 2023	cto		260 0H	Dr. Hamid BENJELLOUN Ophthalmologiste Maladies et Chirurgie des Yeux Abdelkader Doukkal, 1er Etage Tunis - Tunisie

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HASSIB OULED AYSSA</b> <b>Porteur B Maitre MELLOUK</b> <b>HAD OULED AYSSA</b> <b>241-103130.62.17</b>	14/03/2023	675,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]

Années  
de l'Horloger

○ ATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dr. Hamid Benjelloun

## Ophthalmologiste

Specialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux

الدكتور حميد بنجلون

## جراحه العيون وحمائي امراض



111053641

الجديدة في : El Jadida, le : ..... / ..... / ..... :

14 mars 2023

Mr. KODSI MHAMED

135,00 x 05

## 1/ EOLE DUAL COLLYRE

1 gttre 4 fois / j , dans les deux yeux, pendant 6 Mois



pendant 6 Mois  
L'assurance a été réservée à Mme MELTON  
HAD OUTLED ASSAULT  
FBI 100-3868-7

UR. Hamid BENJELLOUN  
Ostendse Chaussee 10  
Maltepe, Istanbul  
0532 323 32 10  
144 P.C. Abou Choueir  
Sociedad General de Tabacos de Espana

144، شارع ابو شعيب الدکالی، الـشـفـة ـ4، النـصـابـیـن الـاـوـلـ، الـجـدـیدـةـ - الـهـاتـفـ: 05 23 35 10 10 - الـفـاـکـسـ: 08 08 37 18 00  
144, Bd. Abou Chouaïb Doukkali, Appt.4, 1er Etage, El Jadida - Email : hbenjelloun12@gmail.com  
PATENTE : 42214201 - INP : 111053641 - IDF : 63911415 - CNSS : 7588497 - ICE : 00184942000096

**PPC: 135,00**

**LOT**

E 01 22

7/2025



**PPC: 135,00**

**LOT** E 04 21

10/2024



**PPC: 135,00**

**LOT** E 04 21

10/2024



**PPC: 135,00**

**LOT** E 02 22

07/2025



**PPC: 135,00**

**LOT** E 04 21

10/2024

