

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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- 0057136

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08055

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Allali chahad abdelali

Date de naissance :

1/1/49

Adresse :

Lot Laynane - Rue 36 N° 12

Tél. :

2661322025

Total des frais engagés :

366,90

.Dhs

Cadre réservé au Médecin

*Dr. Mehdi BENJELLOUN*  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahida - El Oued  
Tél. 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE: 91170670

Cachet du médecin :

Date de consultation :

28/06/2023

Nom et prénom du malade : FILALI CHAHAD ABDELLALI Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DOUROUR + FIBROSIS

Affection longue durée ou chronique :  ALD  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.

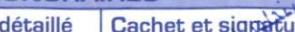
Fait à :

Le : 14/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Allali chahad abdelali

## **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
25/10/13	cefc		Cent	 Dr. Mehdi BENJELLOUN M.D. Rue 2 N°61 - 1er Etage RP Chambéry Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 INPE: 91170670

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>LAMON S.A.S.</b>	28/06/2023	366,90

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **RELEVÉ 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

[Création, remonté, adjonction] fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Casablanca, le : ..... 28/06/2023 .....

Nom et Prénom : .....

FILALI CHAHAD Abdelali

79,70  
ZITHROMAX 500

1 comprimé le matin

54,70  
MÉBÉVÉRINE FORTE

1 comprimé, 3 fois par jour, avant les repas

16,00  
DOLIPRANE 1000

1 comprimé, 3 fois par jour

48,70  
SOLUPRED 20

2 comprimés le matin

61,00  
CLARTEC

1 comprimé le soir

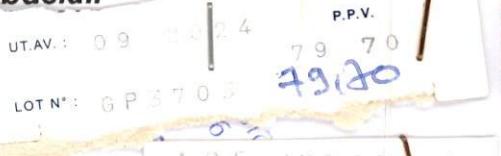
26,00  
CATAFLAM 50

1 comprimé le matin

84,80  
BREXIN 20

1 comprimé le soir

366,90



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Solupred 20 mg 20 cp  
P.P.V. : 48,70 DH

6 118000 060536

LOT : 1526  
PER : 07-25  
P.P.V. : 61 DH00

LOT : M22171  
EXP : NOV 2025  
PPV : 24,00 DH

Dr. Mehdi  
Rue 2 N° 61 1er étage  
Tél : 05 22 91 07 62  
INPE : 3117087