

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## adiologie 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.

## ptique :

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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3272 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

RÉTIREE

Nom & Prénom : LAHLALI AZZEDDINE

Date de naissance : 19 - 05 - 1952

Adresse : 19, RUE MOUAFIQ EDDINE APT 10 2<sup>e</sup> ETAGE

RÉSIDENCE EL KHATAM CASABLANCA

Tél. : 06 23 08 63 97 Total des frais engagés : 1400,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05 / 06 / 2021

Nom et prénom du malade : LaHlali Azzedine Age : 68 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

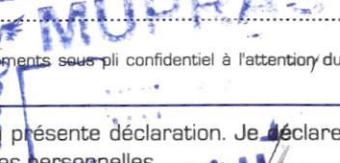
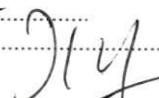
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 07 / 06 / 2021

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
05/07/2021				Dr. FATHELLAH K. Moulay Nour - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MECUMIE 130 BD MONTAIGNE 75008 PARIS	05/04/21	1400,70

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **LEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

**Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.**

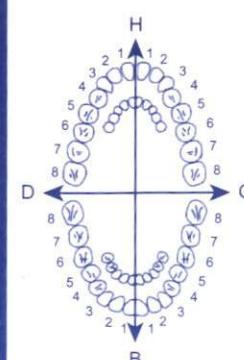
#### **Important:**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

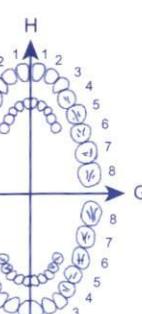
## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px;">D</td> <td style="width: 50px;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>  <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	G	25533412 00000000	21433552 00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <b>DATE DU DEVIS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
D	G							
25533412 00000000	21433552 00000000							
35533411	11433553							

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 05/04/2021

## ORDONNANCE

Docteur : M<sup>e</sup> Lahlahi Azeddine

35.70x3

1) Kandegic 160 mg



2) 122.10x3 1cp/j



3) 58.10x3 1cp/j



3) Can tensiel



4) Vf.23 1cp/j



4) Cimatac (co-g 30)



5) L-Prat 30 mg:

1cp/j

Tac-tet 30 3més

1400x3

ASSURANCE DE LA SÉCURITÉ  
PHARMACIE DE LA BENCHOURA  
Nadia El Bouayy Driss El  
Tél. : 022 86 22 45 - Casablanca

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
PER.: 05 2022



6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
PER.: 06 2022



6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
PER.: 07 2022



6 118001 081189

Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH



6 118001 100873  
Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH



6 118001 100873  
Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

PPV: 171 DH 00  
PER: 10/21  
LOT: 12293

→ 171,00

→ 171,00

LOT: 314  
PER: FEV 2023  
PPV: 80 DH 00

LOT: 296  
PER: SEP 2022  
PPV: 80 DH 00

LOT: 314  
PER: FEV 2023  
PPV: 80 DH 00