

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## diologie 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.

## otique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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 de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

RD: 76792

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HATIL HAJAME B

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : CHELAID IN 80 RUE 1 ABB 1 OUTFA

Tél. 06.70.98.62.80 Total des frais engagés : 430.30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/05/2021

Nom et prénom du malade : BELANTARI MALKHA Age : 553

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

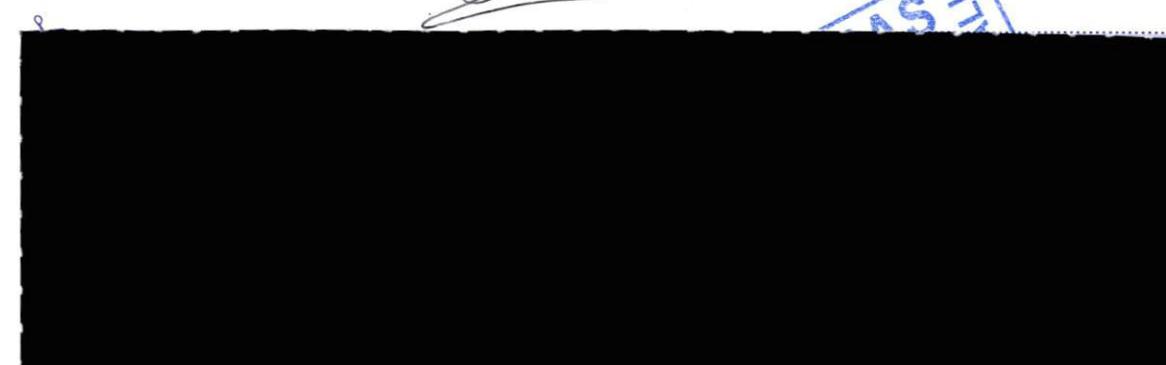
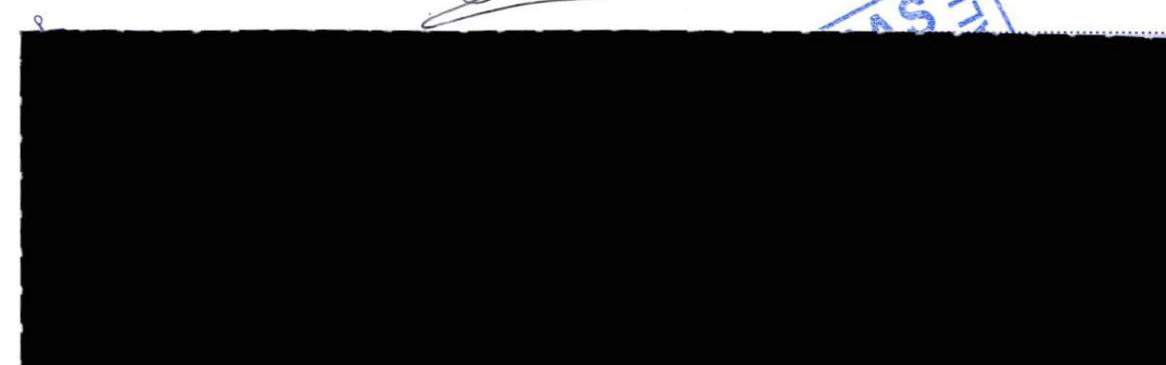
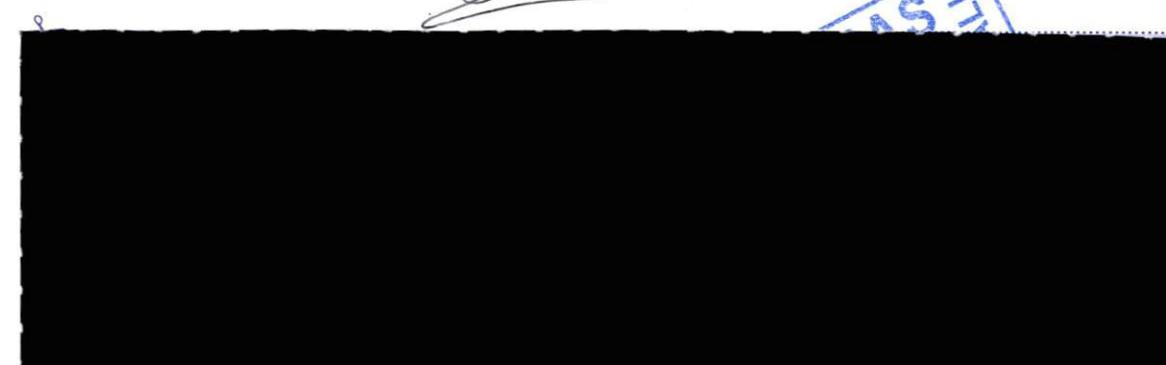
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

Le : 25/05/2021



## 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
25/11/2011	C.A.T E.C.G.		150,00 D 100,00 D	D. Mettali - MEDJELBON Rue 2, N°81 - 1er Etage RP Chihdia - El Guifa T.:+214 91 07 62 - 06 04 72 39 14 N.P.E: 91170670

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE SOUFIANE</b> Groupe K. Rue 154 N° 23/25 EL Oued Casablanca Tel. : 05 22 89 09 63 005002460002	25/05/21	458,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : ..... 25/05/2021 .....

Nom et Prénom : .....

**BELANTARI Malika**



**CO ANGINIB 50/12.5**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

أدوية دكتور بنجلون  
Dr. Mehdi BENJELLOUN  
Rue 2, N°61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa  
Tel: 05 22 91.07.62 - 0604.72.39.14 - 0522.91.07.62  
INPE: 91170670



125,00x3

27,70x3

T = 458,10

**PHARMACIE SOUFIANE**  
Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 89 09 63  
I.C.E : 000500246000026

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
Rue 2, N°61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa  
Tel: 05 22 91.07.62 - 0604.72.39.14 - 0522.91.07.62  
INPE: 91170670

LOT : 272  
PER : NOV 2022  
PPV : 125 DH 00

LOT : 284  
PER : MAR 2023  
PPV : 125 DH 00

LOT : 284  
PER : MAR 2023  
PPV : 125 DH 00

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acetylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280