

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

## **Informations 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.

## **Biologie 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.

## **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.

## **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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : **0063701**

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : **BARBARA**

**TAHAR BA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. **0675734955**

Total des frais engagés :

**100** Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Dr LYAZIDI Abdelkrim  
Neuro Psychiatre  
33 Bd. 11 Janvier - Casablanca  
Tél. 02 22 44 34 50**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 :

Le : ..... / ..... / .....

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
12/8/2021	Consultation	3	380,-	Dr. LYALIDIN Abdellatif Neuro Psychiatre 83, Bd. 11 Janvier - Casablanca Tél : 05.22.44.36.50

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
<del>PHARMACIE MOULAY AHMED Lot 1 Unité 6 Oujda 2002 Casablanca - Tel: 05 22 65 95 08</del>	14/08/2021	486,30

## **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
		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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B			MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET

LOT: 0083  
EXP: FEV 2026  
PPV: 51,30 DH

LOT: 0084  
EXP: FEV 2026  
PPV: 51,30 DH



Bd. du 11 Janvier - CASABLANCA

(Colisée)

4.36.50

Vous

5915

Casablanca, le 17-8-2021 الدار البيضاء في

5915

cerri HABIDA,  
et ENOKSI SALAH

$$\cancel{51,30 \times 6 = }  
307,80$$

$$\cancel{59,50 \times 3 = }  
178,50$$

$$\cancel{486,30}$$

PHARMACIE MOULAY AHMED  
Lot 1 Unité 6 Ouled Azaiez  
Casablanca - Tel: 05 22 65 86 08

Durée de Traitement

03 mois

ي عبد الكريم

ساني

اض النفسي

ض الرأس

مركز الصحي

سينا بالرباط

شارع 11 يناير الدار البيضاء

(جانب سينما كوليزي)

0522.44.36.50

LOT: 0083  
EXP: FEV 2026  
PPV: 51,30 DH

LOT: 0083  
EXP: FEV 2026  
PPV: 51,30 DH



5912+

LOT: 0083  
EXP: FEV 2026  
PPV: 51,30 DH



Dr. LYAZIDI Abd  
Neuro Psychi  
83, Bd. 11 Janvier -  
Tél: 05.22.

LOT: 0083  
EXP: FEV 2026  
PPV: 51,30 DH

A Revoir le...

