

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## ptique :

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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0000518

Médecin ayant  
soigné  
l'Adhérent

Autres

Maladie  Dentaire 89655  Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2603

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : ALD

Nom & Prénom : AMMARI OMAR

Date de naissance : 18/12/1956

Adresse : N° 85 Rue 32 AZHARI 2 OUCHA

CASA

Tél. : 0665093723

Total des frais engagés : 770,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/08/2021

Nom et prénom du malade : AMMARI OMAR

Age : 1956

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : HTA

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 : 27/07/2021 CASA

Le : 27/07/2021

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
5/8/12	cst		caution	Dr. Mehdi BENAISSI - 01-01-2012 - 02 - 06 04 72 39 14 Signature

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>HARMACEUTIQUE</b> Mme. Houda KEROUANI 557, Rue 77 ALHARAKA El Oufa - CASABLANCA Tél. : 022.92.26.80	05/08/21	770,40.

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
00000000	00000000

The diagram shows a 7x7 grid of circles arranged in a cross-like pattern. The circles are labeled with letters A through G and numbers 1 through 8. The grid is centered at the origin (0,0). The labels are as follows:

- Row 1 (top):** H (top), 1 (top), 2 (top), 3 (top), 4 (top), 5 (top), 6 (top), 7 (top), 8 (top).
- Row 2:** 2 (left), 1 (center), 2 (right), 3 (right), 4 (right), 5 (right), 6 (right), 7 (right), 8 (right).
- Row 3:** 3 (left), 4 (left), 5 (left), 6 (left), 7 (left), 8 (left), 8 (left), 8 (left).
- Row 4:** 4 (bottom), 5 (bottom), 6 (bottom), 7 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom).
- Row 5:** 5 (bottom), 6 (bottom), 7 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom).
- Row 6:** 6 (bottom), 7 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom).
- Row 7 (bottom):** 7 (bottom), 8 (bottom).

The grid is bounded by arrows labeled D (left) and G (right) on the horizontal axis, and H (top) and J (bottom) on the vertical axis.

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des travaux
D	H	G
25533412	21433552	
00000000	00000000	
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	
<b>[Création, remont, adjonction]</b>		MONTANTS DES SOINS
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		DATE DU DEVIS

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**  
Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون  
إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

Casablanca, le : ..... 05/08/2021 .....

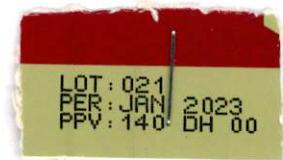
Nom et Prénom : .....

**AMMARI Omar**

140,00 x 3

**VALPHI 160**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois



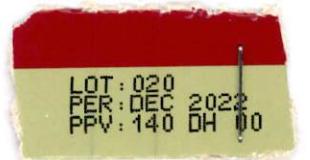
**LIPANTHYL 160**

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

116,80 x 3

770,40 .

PHARMACIE LE BIEN-ETRE  
Mme. Houda KEROUANE  
55/57, Rue 77 AZHARI 2 Lot. 203  
El Oulfa - CASABLANCA  
Tél. : 022.93.26.80



الدكتور مهدي بنجلون  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chardia - El Oulfa  
Tél: 05 22.93.17.62 - 06.04.72.39.14  
INPE: 91176670