

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 :**

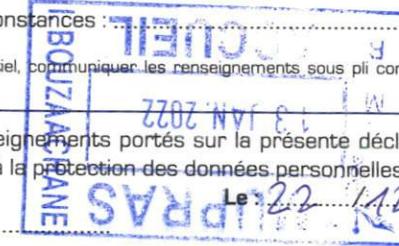
La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## **Adresses Mails utiles**

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 au Médecin**



#### **BEDEVÉ 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
20/07/2011	CGT ÉCG		150,00 J 100,00 D	Mehdi BENJELLOUN CARTELOGUE Rue 2 N°64 Tel: 02 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 M.F. Z. 31120610

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
P <small>HARMACIE SOUFIANE</small> Groupe K, Rue 154 N° 23/25 EL Oulfa Casablanca Tél. : 05 22 89 09 63 C.E : 000500246000026	22/11/2021	T = 908,60

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

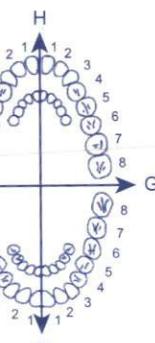
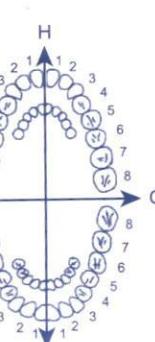
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 canalaires, ainsi que le bilan d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000	B 35533411 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : ..... 22/12/2021 .....

Nom et Prénom : .....

**BELANTARI Malika**

158,00 x 3   
 COIRVEL 300/12.5

27,70 x 3 . 1 comprimé le matin, pendant 3 mois  
 CARDIOASPIRINE 100

78,00 1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois  
 BETASERC

144,50 . 1 comprimé, matin et soir  
 MEZOR 20

43,00 x 3 . 1 comprimé le matin à jeun  
 INIKAL 5

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

+ = 308,60

Lot N° :  
 Exp :  
 PPV : **158,00**

PHARMACEUTICAL GROUP  
 Lot N° :  
 Exp :  
 PPV : **158,00**

Lot N° :  
 Exp :  
 PPV : **158,00**

LOT : 201691  
 UTAV : 11/2023  
 PPV : 43,00DH

LOT : 210740  
 EXP : 04/2024  
 PPV : 43,00DH

LOT : 210740  
 EXP : 04/2024  
 PPV : 43,00DH

LOT : 211473  
 EXP : 06/2023  
 PPV : 144.50DH

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

6 118001 090280  
 P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.

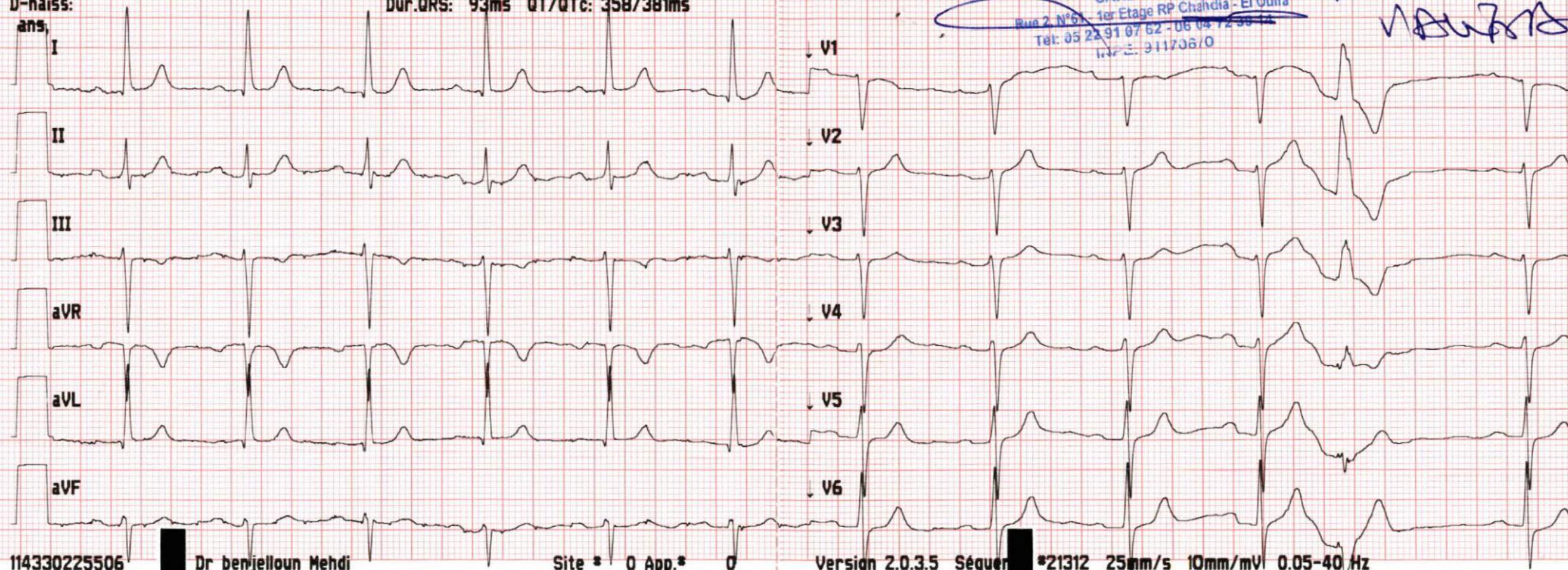
6 118001 090280  
 Cardioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétysalicylique  
 P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.

6 118001 090280  
 Cardioaspirine 100 mg/30cps  
 Acide acétysalicylique  
 P.P.V. : 27,70 DH  
 Bayer S.A.

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
 Rue 2, n° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tel : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14  
 Fax : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14  
 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

ID:  
D-naiss:  
ans,  
I

70 557  
22-Déc-2021 16:23:27 Fréq. Card.: 71 BPM  
Axes P-R-T: 50 -15 25 Int PR: 225ms  
Dur.QRS: 93ms QT/QTc: 358/381ms



22-Déc-2021 16:23:27  
الدكتور مهدي بجلون Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N°51 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa  
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 55 12  
Int: 311706/0

BENJELLOUN  
MEHDI

114330225506



Dr benjelloun Mehdi

Site # 0 App.# 0

Version 2.0.3.5 Séquen #21312 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz