

# 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.

## rmacie :

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.

## cique :

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.

## aladie 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

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)

Maladie

Dentaire

155493  Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1915 Sdciété : R A F

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNANI KHIR ABDELKHAL

Date de naissance : 31.03.1951

Adresse : 45 RUE EL FOUAT MAALIF 20370 CAS

Tél. : 06 89 23 70 70 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :

Dr. BENNANI Majda  
Médecin Santé Publique  
CASA - ANFA

Date de consultation : 18.2.2022

Nom et prénom du malade : BENNANI KHIR ABDELKHAL Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : CORDENCE EN VAG + TIBIA

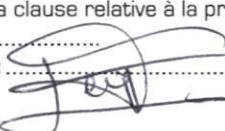
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

Le : 25.2.2022

Signature de l'adhérent(e) : 

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## 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      |
|                              |   |  | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |   |  | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |  |                         |
|                              | H   | 25533412 21433552<br>00000000 00000000   | Coefficient des travaux |
|                              | D   | 00000000 00000000<br>35533411 11433553   | MONTANTS DES SOINS      |
|                              | G   |  | DATE DU DEVIS           |
|                              | B   |  | DATE DE L'EXECUTION     |
|                              |   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                         |

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

le 18/12/12

Mr/Mme BENNAI ABDELGHANI

110,00 x 1

OFIKEN 200 mg CP 1cp x 2 x 1  
69,00 x 1  
DoxicuX susp  
1cc/ml x 3 x 1

4814 x 1

Gaviscon 3 x 1

196,00 x 2  
Dene forte 100.000 I.E  
Dene forte (n-1)

89,00 jaup M

Cabinet CP

1 cp 1

47,65 DH

DOSSIER N° 00000000000000000000000000000000  
50400 AL JOURAT - Casablanca  
Tél : 05 22 25 49 25  
RC : 245509 - File : 35873067  
IF : 40436642



