

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

## Conditions 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.

## Radiologie 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.

## Rééducation :

- 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

- Reclamation : 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.

Malade

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1576 Société : CMM

Actif  Pensionné(e)  Autre : VKE

Nom & Prénom : Zohra MATHIL

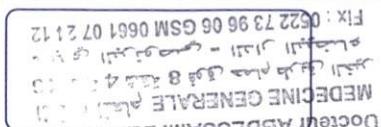
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/2022

Nom et prénom du malade : A2Z Zohra Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Rhinopharyngite

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : 01/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- N° 001729

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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   |
| 01/06/1991                     | C                 | 11                    | 160,-                           | <br>MEDECINE GENERALE<br>DR. ABDESSAMAI BENABDELLAH<br>06 43 55 66 07 21 12 |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 05/06/22 | 399,10                |

## 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

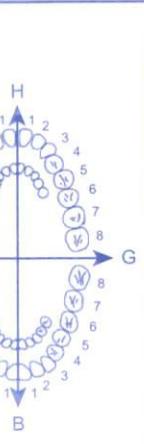
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction] fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

|  |          |   |  |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |  |
|--|----------|---|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|---|--|
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   |          | DETERMINATION DU CŒFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |  |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |  |
|  |          | <table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> |  | H |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | G |  | B |  |
| H  |          |   |  |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |  |
| 25533412   | 21433552 |   |  |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |  |
| 00000000   | 00000000 |   |  |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |  |
| D  |          |   |  |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |  |
| G  |          |   |  |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |  |
| B  |          |   |  |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |  |
|  |          | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |  |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |  |
|  |          | <p>CŒFFICIENT<br/>DES TRAVAUX</p>   |  |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |  |
|  |          | <p>MONTANTS<br/>DES SOINS</p>   |  |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |  |
|  |          | <p>DATE DU<br/>DEVIS</p>  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |  |
|  |          | <p>DATE DE<br/>L'EXECUTION</p>  |  |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdessamii BENADADA

Médecine Générale

Diplôme Médecine du Sport



الدكتور عبد السميم بن العدالة

الطب العام

دبلوم الطب الرياضي

AZ12 Zohra

Casablanca, le : 01/06/18

الدار البيضاء في :

93 - Levamisole 100 mg  
50 - Dolypt 50 mg  
20 - Huan 100 mg + 3 + 100 mg  
20 - Rhum - 100 mg  
20 - Diclo spp 50 mg  
42 - Maebic 100 mg - 100 mg  
32 - Eucalypt 100 mg  
39 - Aeds 20 mg

Dr. ABDESSAMII BENADADA  
MEDECINE GENERALE  
16 Rue 4, Sousse Hamam Tarik Lkhair, S. Bernoussi - Casablanca  
Fix : 0522 73 96 06 GSM 0661 07 21 12  
الطب العام  
دبلوم الطب الرياضي  
الدار البيضاء  
Quartier Al Qods Casablanca

16 زنة 4 فوق حمام طريق الخير س. البرنوسي البيضاء الهاتف 06 61 07 24 12 - 05 22 73 96 06

16 Rue 4 , Sousse Hamam Tarik Lkhair, S. Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 73 96 06 - 06 61 07 24 12

359,10

PPV 93DH00

PPV: 14DH00  
PER: 01/25

PPV: 14DH00  
PER: 01/25  
LOT: L260

LOT: 17130 PER:  
PPV: 23,50

LOT: 17112 PER:  
PPV: 23,50

dissements.

Rhumix®

Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



Rhumix®  
Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH

6 118000 191032

PPV: 02DH60  
PER: 09/23  
LOT: J2415

LOT 2108:  
EXP 12/20  
PPV 30.00

27,50

27,50

Lot:

321,00

4 2 2 2 A

0 9 . 2 0 2 6

3 2 . 0 0 D H S

EXP:

PPV:

27,50