

# 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.

12423

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0022767

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 97021 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SADIK ABDELLAH date de naissance :

Adresse : 70 Bd Prince 1er Res. Hivernage 18° - CASA

Tél. : 0661 441 7289 Total des frais engagés : 261,50 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور سعيد محمد  
طبيب معاشر لدى المحاكم  
الطريق العام 713  
شارع 2 مارس الدار البيضاء  
الهاتف: 0522 215 723 - 0522 211 307

Date de consultation : 02/06/2022

Nom et prénom du malade : SADIK ABDELLAH Age :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ANCINES

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 : CASABLANCA Le : 25/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## 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
		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.

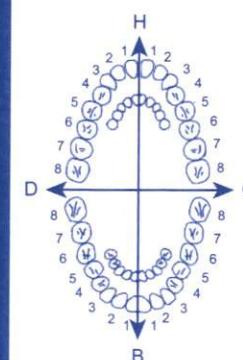
## Important

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux  
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous

الدكتور محمد بنسي  
الطب العام  
الفحص بالصدى  
خبير محقق لدى المحاكم  
طبيب عسكري سابق  
الزيارة بالموعد



02/06/2022

Casablanca, le .....

الدار البيضاء في

Monsieur SADIK ARDILLAH

1/ MACROMAX 500 CP

1 cp. par jour pdt 3 jours.

LOT : 5828

UT. AV : 12-23

P.P.V : 63 DH 00

2/ COTIPRED 20 MG CP EFFERG

3 cp après le repas le matin

PPV : 48DH50

PER : 01/25

LOT : K3729

كتور بنسي محمد  
خبير محقق لدى المحاكم  
شارع 2 مارس بني المدن  
الهاتف 0522 211 307  
0522 211 723

PHARMACIE ABDALOUS  
Rachid SIDI OUI  
394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique  
Casa - Tél : 05 22 21 17 85