

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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 :

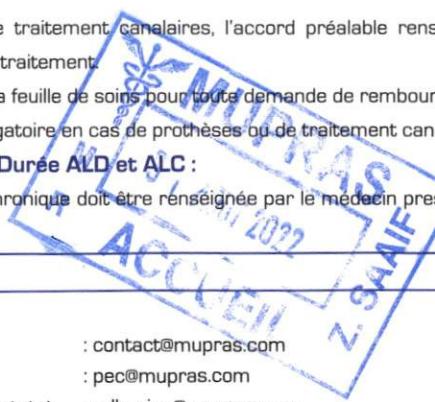
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement cancéreux, 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 cancéreux.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6249 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL FASSI EL FIHRI MOHAMMED

Date de naissance : 08/10/1959

Adresse : HABITATION

Tél. 0679382219 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr SKALLI El Housseme  
Spécialiste en Chirurgie Générale  
173, Angle Rue Boukrac, Bd My Youssef  
Casablanca - Tél. 05 22 22 58 52

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/08/2022

Nom et prénom du malade : EL FASSI EL FIHRI ND Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète Type II

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 : CMV 25 Le : 25/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : Ch. Moham

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## 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
29/02	Ex	One	0-	DR SKAHLA BILALI Spécialiste en Chirurgie Générale 175, Avenue Boukraa, Bd My Youssef Casablanca - Tel : 05 22 22 58 52

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HELM VILLEFRANCHE-SUR-SAÔNE Bis Rue de Rome 69395 Villefranche-sur-Saône Cedex Tél : 05 22 85 43 95 - Fax : 05 22 85 53 53 E-mail : <a href="mailto:HELMV@wanadoo.fr">HELMV@wanadoo.fr</a>	16/09/20	1311,50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
ORLIMEDIS NEGOCE SARL Agence 20 Août N° 22 Bis, Angle Rue et Rue de la Place Tél : 05 22 22 22 22 Lahcen El Arjoune Casablanca	28/08/22					182,00

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
D				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
B				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° :

FC2204843

Date	CLIENT	PAGE
25/08/22	34210475	1

M. EL FASSI EL FIHRI MED

CAISSE 27-06-22

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
CAISSE 27-06-22	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
07819382078	1	BANDELETTE ACCU-CHEK INSTANT 50	20%	180,00	180,00

ORLIMEDIS NEGOCE SAR  
Agence 20 Août  
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjouna  
et Rue de la Place - Casablanca  
Tél : 05 22 20 39 39 - 05 22 20 65 65 - 05 22 27 35 06 Fax : 05 22 27 37 09 - Email : contact@orlimedisnegoce.com

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
180,00

Dhs

MT HT	TVA	MT TVA
150,00	20%	30,00

Total HT	Mt TVA	Total TTC
150,00	30,00	180,00



# مصحة المسيرة

CLINIQUE AL MASSIRA

25/8/2022

EL FASSI El Fihri N°



- Tamponet 50 / 1000.  
437,00 Dhs JCP x 21 j — 3 mois.  
1311,00 Dhs —  
180,00 bandelettes de dextro

ORKIMEDIS NEGOCE SARL  
Agence 20 Août  
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoune  
et Rue de la Place - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 58 52

Dr. SKALI Hichem Généralist  
Spécialiste en Chirurgie  
175, Angle Rue Boukrat, Bldly Youssef  
Casablanca - Tel 05 22 22 58 52

PHARMACIE LMV  
28, Bis Rue Salomonique  
Angle Rue de Rome - Casa  
Tél : 05 22 85 43 95  
Fax : 05 22 81 53 31  
E-mail : l.m.v@outlook.com



Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.



Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.



Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.