

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- 000856

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :

1467

Société :

M22 - 000856

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUMEN BRAHIM

Date de naissance :

01-06-1954

Adresse :

n°14 lot old HARES MAY my RACHID cada

Tél. 06 64 94 12 31

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LYAZIDI Abdelkrim  
Neuro Psychiatre  
83, Bd 11 Janvier - Casablanca

Tél : 05 22 44 36 50

Date de consultation :

20/08/2022

Nom et prénom du malade :

MOUMEN BRAHIM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Psychotique

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 : ... Casab

Le : 20/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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
20/8/2021	Psy	350		<p>Dr. LYAZIDI Abdelkader Neuro-psychiatre 83, Bd. 11 Janvier Casablanca Tél. : 05 22 44 36 50</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Dr. Saïd Abou</i> <i>BENSALAH</i> <i>Dr. Saïd - BENSALAH</i> <i>05 22 70 05 89</i> <i>2022</i> <b>INDE : 007015370</b>	<u>20</u> <u>08</u> <u>2022</u>	<u>1019,40</u>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

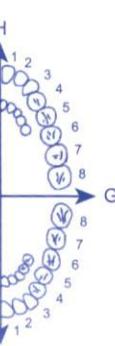
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur LYAZIDI Abdelkrim

— NEURO - PSYCHIATRE —

(Ex. Médecin du C H U Avicenne  
de Rabat )

83, Bd. du 11 Janvier - CASABLANCA

(à Côté du Cinéma Colisée)

Tél. & Fax : 0522.44.36.50

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le .....

*Le 8-2-02* الدار البيضاء في

الدكتور اليزيدي عبد الكريم

طبيب نفساني

اختصاصي في الأمراض النفسية

والعصبية وأمراض الرأس

طبيب سابق بالمركز الصحي

الجامعي ابن سينا بالرباط

83، شارع 11 يناير الدار البيضاء

(جانب سينما كوليزي)

الهاتف والفاكس : 0522.44.36.50

بالميعاد

<i>(79,80x4)</i>	1 - valasor 37, ✓ <b>SV</b>
<i>(34,70x4)</i>	2 - rep - G ✓ <b>SV</b>
<i>(23,70x4)</i>	3 - Transacne ✓ <b>SV</b>
<i>(85,10x2)</i>	4 - pte ✓ <b>SV</b>
<i>(19,80x2)</i>	5 - telian ✓ <b>SV</b>
<i>(10,10x2)</i>	6 - loscita 10 ✓ <b>SV</b>

Durée de Traitement T = 1019,40

A Revoir le ..... 02/02/02

Dr. LYAZIDI Ab  
Neuro-psychiatre  
83, Bd. 11 Janvier  
Tél. : 05 22 70 05 69

PPV: 119DH80  
PER: 03/25  
LOT: L1153

PPV: 119DH80  
PER: 02/25  
LOT: L675

PPV: 34DH70  
PER: 05/25  
LOT: L1921

PPV: 34DH70  
PER: 05/25  
LOT: L1920

PPV: 34DH70  
PER: 05/25  
LOT: L1920

PPV: 34DH70  
PER: 05/25  
LOT: L1921

23,70

23,70

23,70

23,70

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 50mg cp B 30  
P.P.V : 85,10 DH

6 118000 061458

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 50mg cp B 30  
P.P.V : 85,10 DH

6 118000 061458

AFRIC-PHAR  
LOT 1112322 EXP 11/2024  
**PPV:79DH80**

AFRIC-PHAR  
LOT 1112322 EXP 11/2024  
**PPV:79DH80**