

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **666** Société :

Actif  Pensionné(e),  Autre :

Nom & Prénom : **TAHIRI, Abdessafed**

Date de naissance : **10-01-1939**

Adresse : **Sidi KSEUR El Béchir Zemmour**

Tél. : **661.200399** Total des frais engagés :

**144,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **03 NOV. 2022**

Nom et prénom du malade : **TAHIRI, Abdessafed**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Bruxisme**

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 : **Carthage**

Signature de l'adhérent(e) : **A. TAHIRI**

Le : **21/10/2022**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Montures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Frais
10/02/2021		2	60	Dr BENCHIEKROUAD DR ISSA Cardiologue Rés. : 090 22 22 22 N° : 090 22 22 22 INPE N° : 097021618

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Date	Montant de la Facture
21/02/2021	441,62

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, <del>à laquelle</del> en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="text-align: left;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H		21433552	25533412		00000000	D		00000000	00000000		00000000	B		35533411 11433553
H		21433552																	
25533412		00000000																	
D		00000000																	
00000000		00000000																	
B		35533411 11433553																	
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																	
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																	
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																	
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																	

Docteur BENCHEKROUN DRISS  
 DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE TOULOUSE  
CARDIOLOGUE  
 DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES  
 DE CARDIOLOGIE  
 Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
 SUR RENDEZ-VOUS

10,20



اختصاصي في امراض القلب  
 والشرايين

2024/09  
 PPC : 89,50 DH

Casablanca, le ..... 21.10.2024 الدار البيضاء في

192,60 \*  
 - Zedan 18  
 64,00 \* 194  
 - Docrox 70  
 89,50 \* 14x21  
 - Apxol vaposalent 70  
 93,90 Sterimalt 70  
 T = 441,60 1 cu par x 21

Importateur Exclusif  
 Biocodex Maroc  
 www.biocodex.ma  
 Prix : 89,50 DH

LOT: 220371  
 DLUO: 05/2025  
 69,00 DH

Dr BENCHEKROUN DRISS  
 Cardiologue  
 RESIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFFIS - IMMEUBLE "B" - CASABLANCA  
 INPE N° : 091021618

PHARMACIE L'ORCHIDEE  
 Angle Boulevard Ghandi &  
 Angle Route d'Azemmour  
 CASABLANCA  
 TÉL : 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25  
 Email : benchekroundriss@hotmail.com