

# 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

- 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Déclaration de Maladie**

M22- 0053506

154946

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 3187

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : BENSMAIL Hamdi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 16 64 83 6

Total des frais engagés : 1924.00 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**D. CHAIB TAHRI**

Date de consultation : 24/03/2023

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

**Ben Smail Hamed**

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 : casablanca

Le : 24/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : Hamdi Bensmail

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 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
2017/01/23	un		200	Signature et cachet du Médecin

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/03	16.24,50
	23/03	300,00

## 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.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional markers are present: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The teeth are numbered 1 through 8 in a clockwise direction around the arch.

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr TAHRI CHAFIQ

Diplôme Universitaire Diabétologie - Bordeaux (France)

Diplôme Universitaire de Nutrition & Diététique Médicale

Diplôme Universitaire Gynécologie Médicale Suivie de Grossesse

Diplôme Universitaire Gériatrie du - Bordeaux (France)

Stérilité du couple - Bordeaux (France)

Echographie - ECG



(فرنسا)  
وردو (فرنسا)

- بوردو (فرنسا)

43,30

43,30

العقل عند الزوجين - بوردو (فرنسا)

التخطيط الكهربائي للقلب - الفحص بالصدى

Casablanca, le : 24/03/2023 الدار البيضاء، في :

NovoMix® 30 FlexPen®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 559 DH  
6 118001 121298

NovoMix® 30 FlexPen®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 559 DH  
6 118001 121298

Dr Ben Slimen Dr. S.

559,00 x 2

111,10 x 3

Plex pen

30 - 10 - 20

111,10

111,10

3x 111,10

2x 111,10 x 511,20

180

1S

1S

4x 43,30

3x 111,10

1S

8x N

43,30

150x1

300,00

131 Bd. La Résidence - 3ème Etage  
N°18, El Oule - Casablanca

4x Rom de letto flacon

3x SG/1 3x/50

43,30

1624,50

30

1924,50

PHARMACIE JAMAI  
Ensemble Immobilier Al Firdaus  
Ghoulia - Hay Al Oule - Casablanca  
Tél. : 0522 93 34 27

Dr. TAHRI  
Télé : 0522 93 34 27  
Fax : 0522 93 34 18  
Gsm : 0666 89 87 16

REMBOURSÉ  
par la  
**MUTUELLE**

REMBOURSÉ  
par la  
**MUTUELLE**



6 82607 53521 7

**INFO PHARMA**

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: + 212 5 22 22 34 07  
+ 212 5 22 22 12 55  
Fax: + 212 5 22 47 45 92



6 82607 53521 7

**INFO PHARMA**

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: + 212 5 22 22 34 07  
+ 212 5 22 22 12 55  
Fax: + 212 5 22 47 45 92



# Worldcosmetic

R.C: 317585 / T.P: 37919401 / I.F: 15117141  
ICE: 001625244000018

**332 Oulfa, Casablanca, - Maroc**  
**Fix : 05 22 65 78 46**  
**Gsm : 06 32 42 32 42**

## Bon de Livraison

## ✗Facture :

Nº: 0000919

DATE: 2/1/03 8:23

CLIENTS : Bensmail Hamid N° OT/N° De SAISIE :

0919

Article	Désignation	Quantité	Centre de Coût
BD	On call plus 50	02	300,00
			300,00

Visa Demandeur	Visa Hiérarchie demandeur	Visa Magasin