

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-810783

A76404

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 09675	Société : NAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : SALHI	Fayez
Nom & Prénom : SALHI Fayez			
Date de naissance : 01/02/1971			
Adresse : 20 Rue Amnès MARRAKCHI			
Tél. : 066111849 Total des frais engagés : 800 + 133 Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

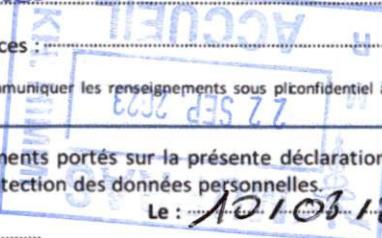
Cadre réservé au Médecin			
Professeur BENNANI Saâd			
Chirurgien Urologue			
42, Bd. Abdelmoumen - Casablanca			
Tél: 0522 23 10 23 / 0522 23 10 73			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10 AOÛT 2023			
Nom et prénom du malade : SALHI Fayez Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Prostate			
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.			

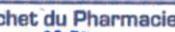
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 05/08/2023 Le : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Rab



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	22/08/2011	238,50

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
<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> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	35533411	11433553	G		
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	<hr/>																		
	B	35533411	11433553																
	G																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
<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"/>																			

Professeur BENNANI Saâd

Chirurgien Urologue

Membre de l'European Association of Urology  
et de l'Association Française d'Urologie



الدكتور بناني سعد

أستاذ جامعي

جراح المسالك البولية والتناسلية

عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية  
لجراحة المسالك البولية والتناسلية

Casablanca, le : 10 AOUT 2023

Dr SALHI Fayçal

$$79.50 \times 3 = 238.50$$

① TERAZOSINE NORMON 5 mg

LOT: 12822010  
PER: 06/2025  
PPU: 79,50 DH

LOT: 12822015  
PER: 09/2025  
PPU: 79,50 DH

Tenir hors de la portée et de

LOT: 12822019  
PER: 12/2025  
PPU: 79,50 DH

1/2 cp par jour le soir pendant 6 mois

1 cp/j le soir pendant 3 mois.

$$T = 238.50$$

Professeur BENNANI Saâd  
Chirurgien Urologue  
42, Bd. Abdelmoumen Casa  
Tél: 0522 23 10 23 / 0522 23 10 73

PHARMACIE ASJD C.I.L.  
Dr. Sonia Aloumerouane  
42, Boulevard Abdelmoumen Walili 5<sup>ème</sup> étage - Casablanca  
Tél.: 05 22 23 10 23 - Fax : 05 22 23 10 73 - GSM : 06 61 16 65 16

، شارع عبد المؤمن - الطابق الخامس - الدار البيضاء 42

42, Boulevard Abdelmoumen Résidence Walili 5<sup>ème</sup> étage - Casablanca  
Tél.: 05 22 23 10 23 - Fax : 05 22 23 10 73 - GSM : 06 61 16 65 16