

# 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

- 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

1516

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

R.A.M  
93554

BILAL AHMED  
1948

# 607907

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 09/04/2014

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
4/11/2024	Consultation	100	100	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04.04. 2024	10.990

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور بنعدي حسن

خريج كلية الطب بليل

الطب العام

حاائز على دبلوم الفحص بالصدى

كلية الطب بباريس

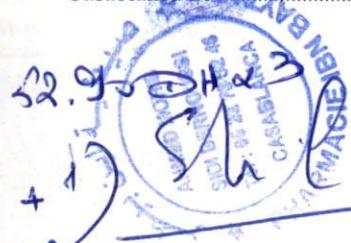
مرخص للفحص الطبى لأجل

رخصة السياقة

مراقبة مرض السكري

الدار البيضاء في :

Casablanca Le



4/4/2024

BTKRI Alme

not Bint



36.6-011 14 le 22

21 gly Cen Rebane

31 0.012 1mg 3

26.9-011 21.4-011 50/12.5

22.9-011 60 mg Ghrib 50/12.5

5 1 Duphalal 22 le 2

50 f.9-011

Bloc Farid 101 , Avenue Abbas Ghaddaoui N° 3 Sidi Bernoussi - Casablanca

بلوك فاريد 101 شارع عباس الغداوى رقم 3 سيدى البرنوصى - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 73 27 09 - 06 15 27 53 50

**LYCAN® Retard 8**

trime chlorhydrate

LOT L1020 PER 08/26  
PPV 38.10 DH

**LYCAN® Retard 8**

trime chlorhydrate

PPV 38.10 DH  
LOT L1116 PER 09/26

més enrobés dosés à 850 mg

LOT 232516 1

EXP 08 2026  
PPV 26 90

LOT 240026 1

EXP 1/2 2026  
PPV 26 90

LOT 232516 1

EXP 08 2026  
PPV 26 90

9 30

LOT 354  
PER : MAI 2025  
PPV : 114 DH 30

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC 820  
P.P.V : 56DH60  
PER : 31/04/2027  
LOT : 23E002

6 118000 061465

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaï Casablanca  
Stilnox 10 mg b20 cp pel  
P.P.V : 52,90 DH

6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC 820  
P.P.V : 56DH60  
PER : 31/07/2027  
LOT : 23E004

6 118000 061465

DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
P.P.V : 45DH40  
PER 09 2025  
LOT 23E004

6 118000 010494

PPV 21.40 DH  
LOT L1063 PER 09/26

més enrobés dosés à 850 mg