

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### nditions 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.

### armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### diologie 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.

### tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### éducation :

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.

### ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

### ladie 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



## Déclaration de Mala

N° W19-410702

ND: 33434

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1419 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HOUDER LAHSEN

Date de naissance : 15-06-1952

Adresse : 705 Hajid Alla des Lauriers

Tél : 0661176147 Total des frais engagés : 270,1084

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HOUDER AMINA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : Pharyngite

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casa Le : 15/07/20

Signature de l'adhérent(e) :



tes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
---------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

2/06/20  
150  
INP : INP 091C26492  
713  
الهاتف 307 211 0522

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
---	-----------------------

PHARMACIE SOUMAYOU  
YOUSSEF ABABIOU  
Rues des Jardins de Californie et des Imm.  
Bd. des Imm. 1 Californie  
Casa Tel. 05 22 21 21 21

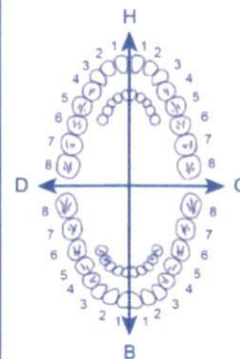
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
--	------	---------------------------------	---------------------------

[illegible]

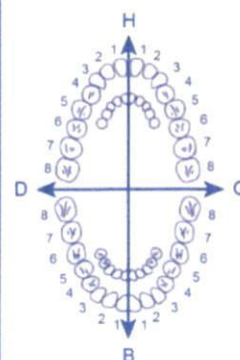
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

[illegible]

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A

**Docteur M'hamed BENNIS**

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux  
Ex - Médecin Militaire

**Sur Rendez - vous**



**الدكتور امحمد بنيس**

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم  
طبيب عسكري سابقا

**الزيارة بالموعد**

Casablanca, le 22.06.20 الدار البيضاء في

HOUDEIR AMINA

u660

1) - XENID 50mg bte 30

20.00 1ep 2x5 x<sub>s</sub> après

2) - DOLIGRIPP sachet

31.50 1sach 2x5 x<sub>s</sub> après

3) - AKINDEX

22.00 1caie 3x1 après

4) - ERLUSS

1cp 1 jours.

120.10

**PHARMACIE SOULAIMA**  
YOUSRA LAHBABI LAHLOU  
Rte des Jardins de Californie 2  
Bd. de Fes Imm. 1 Californie  
Casn. Tél. 05.22.21.98.94

الدكتور بنيس محمدا  
خبير محلف لدى المحاكم  
الطب العام  
الدار البيضاء  
الهاتف : 0522 215 740 - 0522 21 307

LOT: 4401  
PER: 10/21  
PPV: 46.60 DH

PPV: 20 DH 00  
PER: 09/22  
LOT: 12136

**SIROP ADULTES**  
LOT: 12133  
PER: 10/2022  
PPV: 31.50 DH

PPV  
LOT  
PER

22.00