

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

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

M22- 0019110

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3260 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HACHAD FOUIZA

Date de naissance : 26/11/1987

Adresse :

Tél. : 0661 394463 Total des frais engagés : 388,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL HACHAD FOUIZA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

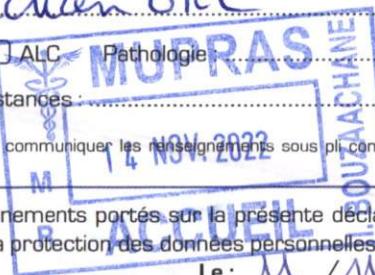
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 14/11/2022

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 de l'exécution des Actes
10 NOV 2022	C 3 3 VD, 00			Dr. MUSATHE FESSAS

PHARMACIE DU LYCEE

092022060

Cachet du Pharmacien  
du du Fourisseur



### EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
10/11/2022	88,90

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### 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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 00000000 35533411	G		
		21433552 00000000 11433553			
	B				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Mustapha ESSAADI**

- Professeur d'ORL et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
- Ex enseignant de la Faculté de Médecine et du CHU Ibn Rochd
- Ex Chef de Service des Urgences à L'hôpital 20 Août
- Diplômé de L'allergie en ORL Pédiatrique, Vertiges
- Formation approfondie en Ronflement et Cancérologie
- Diplômé des Universités de Paris et Toulouse
- Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



10 NOV 2022

**الدكتور المصطفى السعدي**

أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء سابقاً

رئيس قسم المستعجلات بمستشفى 20 غشت سابق

اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف والأذن والحنجرة

حاصل على شهادات في أمراض الحساسية والدوخة

تشخيص و علاج الصمم عند الطفل، فقدان الوزان، الشغب والسرطان

حاصل على شهادات من جامعات باريس و تولوز بفرنسا

طبيب سابق بالمستشفيات الجامعية بباريس

Casablanca, le :

الدار البيضاء في :

Mme Elttaclad Toufik  
D OTOSAN nasal  
88,90 1 pulv x 47x6

ISOPHARM  
OTOSAN  
NASAL AD  
88.90 dhs

**Dr. Mustapha Essaadi**

Professeur d'ORL et Chirurgie  
Cervico-Maxillo-faciale, Allergologue  
61, Bd Abdelmoumen Res. Al Amal Imm. B<sup>e</sup>

Tel.: 05 22 86 50 51 - Fax: 05 22 86 59 44



261، شارع عبد المؤمن . إقامة الأمل . عمارة رقم 16، الطابق الثالث . الدار البيضاء : قرب حيدلية لعلج

و مقابل متجر DÉCATHLON درب غلف و CITY CLUB أمام محطة عبد المؤمن

261, Bd Abdelmoumen - Résidence Al Amal, Imm B, No16, 3ème étage - Casablanca à côté de pharmacie Laalaj

en face Derb Ghallef CITY CLUB et DECATHLON - Tramway: devant la station Abdelmoumen

Tél.: 0522 86 50 51/05 22 86 59 44 Port : 06 27 37 31 33 E-mail : essaadimusori63@gmail.com