

# 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

- Reclamation : 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

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9385

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHALAK ZIAD

Date de naissance : 05/10/62

Adresse : Résidence Andalousia, 1er étage, 37 App. 604, Casablanca

Tél. : 0661484827

Total des frais engagés : 535,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/01/2023

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

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Céphalées de tension

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 : 11/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : ziad

## 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 Pajement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---|--|
| 03/10/2023      | C                 | 6                     | Dr. EL ALAOI Hassan N°2101 Entrée A - N°25 - 06/07/2023 | Dr. EL ALAOI Hassan N°2101 Entrée A - N°25 - 06/07/2023        |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| • <b>HARMACIE AD-DOHA</b><br>avenue Stendhal Cite Plateau<br>Casablanca - Tél: 05 22 25 96 53 | 07/01/23 | 535,00                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

## (Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL ALAOUI TAOUSSI

Lalla Kaoutar

Neurologue

الدكتورة العلوى الطوسي

لالة كوتار

أخصائية أمراض الجهاز العصبي

خرفية كلية الطب والصيدلة بالرباط

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Rabat

Vidéo-Electroencéphalogramme "Vidéo-EEG"  
Electroneuromyogramme "EMG"

Rabat, le 03/01/2023

Mr CHALAK ZiAD

124.90 x 2  
1) Inidep 50 cp

1/2 cp/j le matin

puis 1 cp/j le matin  
71.30 x 4

2) Tanakan cp



~~PHARMACIE AD-DOHA~~  
Avenue Stendhal Cité Plateau  
Casablanca - Tél: 05 22 25 95 60

Dr. EL ALAOUI TAOUSSI  
Neurologue  
Av. Hassan II, Résidence Mamounia  
Entrée A - N°25 - Rabat  
Tél: 05.37.66.06.07 - Email: elalaoui.t.k@gmail.com

~~PHARMACIE AD-DOHA~~  
Avenue Stendhal Cité Plateau  
Casablanca - Tél: 05 22 25 95 60

Dr. EL ALAOUI TAOUSSI K.  
Neurologist  
Av. Hassan II, Résidence Mamounia  
Entrée A - N°25 - Rabat  
Tél: 05.37.66.06.07 - Email: 101166334

شارع الحسن الثاني، إقامة المامونية، مدخل أ. شقة 25، الرباط - 4<sup>ème</sup> Etage (Ascenseur) face à la station Tramway-Médina - الطابق الرابع (بالصعد) قبالة محطة ترام المدينة - بريد إلكتروني: elalaoui.t.k@gmail.com - الهاتف: 05.37.66.06.07 - Email: elalaoui.t.k@gmail.com

71,30

2 3 4 5  
6 7 8 9 0  
1 2 3 4 5  
6 7 8 9 0  
1 2 3 4 5

71,30

2 3 4 5  
6 7 8 9 0  
1 2 3 4 5  
6 7 8 9 0  
1 2 3 4 5

71,30

2 3 4 5  
6 7 8 9 0  
1 2 3 4 5  
6 7 8 9 0  
1 2 3 4 5

71,30

2 3 4 5  
6 7 8 9 0  
1 2 3 4 5  
6 7 8 9 0  
1 2 3 4 5



124,90



124,90

