

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 042556

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3273 Société :   
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :   
 Nom & Prénom : EL BAON HAFID   
 Date de naissance : 01-1-1950   
 Adresse : N° 4 HAJ PATAH 5 - OULFA - USA   
 Tél : 06 64 826 830 Total des frais engagés : 396 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/03/2023   
 Nom et prénom du malade : EL BAON HAFID Age : 73   
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant   
 Nature de la maladie : Goutte   
 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 : 04/03/2023 Le : 1/03/2023   
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ 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
1/3/23	C		1000	

[illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

#### 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 TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

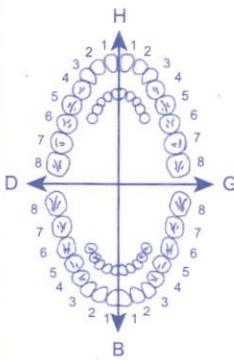
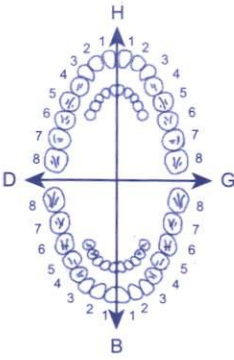
DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Important :  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET MEDICAL

Dr. Abderrahim BOUCHTANE

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

ELECTROCARDIOGRAMME

CIRCONCISION



الدكتور عبد الرحيم بوشتان

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

خانة الأطفال

## ORDONNANCE

EL BACH HAD

Casablanca, le 01/03/23

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bnoual aoulm roches  
noues casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boite 14

641NSDMP/21NRQ P.P.V. 123,60 DH

6 118001 020607

123,60  
7 Inexium 40  
1x

27,00  
Alinar  
1x

40,40

2x

55,00

246,00

1x

ECT: 09332020  
PER: 09332020  
LIV: 09332020  
270H  
MÉTÉOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alverine citrate 80 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V.: 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41 rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

PPV: 55.00 DH  
LOT: 651036  
PER: 08/24

الألفة شارع وادي درعة زنقة 48 رقم 54 مجموعة (ي) - الهاتف والفاكس: 05 22 89 68 05 - الهاتف النقال: 06 61 31 88 66 - البيضاء

OULFA BD. OUED DRAA- RUE 48 N° 54 GROUPE "Y" - TÉL/FAX: 05 22 89 68 05 - GSM: 06 61 31 88 66 - CASA