

# 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

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 103070

Société : RAM ASS 998

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HILALI chouaaine

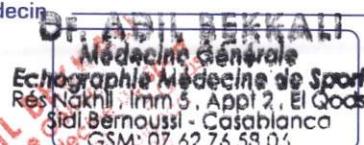
Date de naissance : 01/10/1952

Adresse : 494 Gr. Zemala El Qods SB CASA

Tél. : 06799645767 Total des frais engagés : 298,50 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/01/2013

Nom et prénom du malade : Allal Ben Abdellah Age : 61

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Allal Ben Abdellah

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 : CA SA Le : 10/04/2013

Signature de l'adhérent(e) : HILALI AFAF



# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes     | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le dépôt des Actes  |
|-----------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/01/2013      | Echographie Générale | 1                     | 150                             | <b>Dr. ADIL BEKKALI</b><br>Médecine Générale<br>Rés Nokhil, Imme S. Appt 2, El Qods<br>Sidi Ben Houssein - Casablanca<br>GSM: 07 82 75 59 05 |
|                 |                      |                       |                                 |  |
|                 |                      |                       |                                 |  |
|                 |                      |                       |                                 |  |
|                 |                      |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE AL-OSAIDI</i><br>Imme. G. 102 - Casablanca<br>AL-OSAIDI S. Ressources<br>Tél : 05 22 11 00 00 | 26/01/2013 | 14860                 |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | 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.

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |                         |
|---------------------------|--|------------------|-------------|-------------------------|-------------------------|
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |                         | MONTANTS DES SOINS      |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
| DATE DU DEVIS             | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             |                         | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
| DATE DE L'EXECUTION       | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |                  |             |                         | DATE DE L'EXECUTION     |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |
|                           |  |                  |             |                         |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. ADIL BEKKALI**  
Médecine Générale  
Echoigraphie Médecine de Sport  
Rés Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Gods  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
GSM: 07 42 75 59 03

**Dr. ADIL BEKKALI**  
Médecine Générale  
Echoigraphie Médecine de Sport  
Rés Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Gods  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
GSM: 07 42 75 59 03

## ORDONNANCE

7950

carbo sorb

1 g + 2

6900

Biofaralgel

1 g / 1,0 g

74850

Lot: 220614  
À consommer de préférence avant le: 08/2027

PPC: 79,50 DH

Lot N°/À consommer de préférence avant fin:  
Batch N°/Best before end of:  
رقم الدفعه/يستهلك قبل:

L2118/12  
05/2025

BIOFAR DIGESTION CP EFF. 87g  
UH AV PPC: 69,00  
05/2025 Lot: 2118/12  
IPHADERM

3 760049 892260

Poids net/Net weight: 44g e

**Dr. ADIL BEKKALI**  
Médecine Générale  
Echoigraphie Médecine de Sport  
Rés Nakhil, Imm 5, Appt 2, El Gods  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
GSM: 07 42 75 59 03