

# 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 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.

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0018100

159438

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

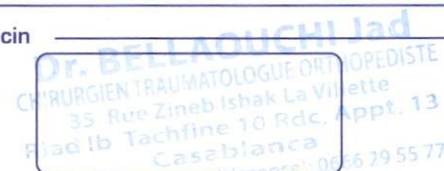
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6913 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ABOUAISSA Mohammed  
 Date de naissance : 26-3-51  
 Adresse : 2e Rue Kotouba Ibn Nossim VII  
 Quartier Bourger 2380 - EST -  
 Tél : 0663760915 Total des frais engagés : 555 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 / 03 / 2023  
 Nom et prénom du malade : FARID SAADIA Age : 48  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Tendinite du bras gauche  
 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 : 03 / 03 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



### 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
08.03.23	CS	1	210,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/3/23	309,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

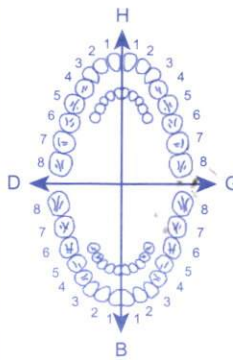
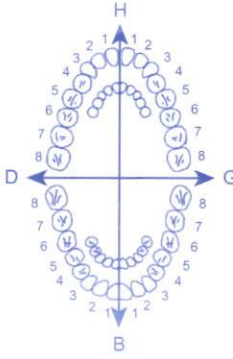
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. BELLAOUCHI JAD

CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE

ORTHOPEDISTE

Membre de la fondation AO Suisse

Traumatologie - Chirurgie orthopedique  
Chirurgie prothétique - Arthroscopie - Chirurgie  
du sport - Chirurgie de la main et de l'épaule  
Maladie de la colonne vertébrale



الدكتور بلعوشي جاد

طبيب اختصاصي في جراحة العظام  
و المفاصل

عضو منظمة AO السويسرية

علاج الكسور و إعادة التقويم - جراحة المفاصل الاصطناعية  
جراحة بالمنظار - جراحة الإصابات الرياضية - جراحة اليد و الكتف  
أمراض العمود الفقري

MC2 - 0018100

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 03-03-2023 : الدار البيضاء, في :

FARID SAADIA ep. ABOUAISSA

144,30

AS

Isox 200mg cp - 1 cp par jour pendant 10 jours (Après le  
repas)

94,00

Mydoflex 1 cp matin midi et soir après le repas (10 jours)

70,50

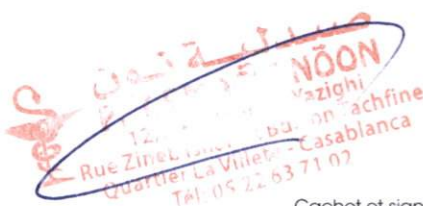
Zolam 30mg 1cp le matin à jeun

AS

AS

Cedol 1cp midi et soir 05 jours puis en cas de douleur

T: 309,00



Cachet et signature du médecin

Dr. BELLAOUCHI JAD  
CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE  
35 Rue Zineb Ishak La Villette  
Riad Ib Tachfine 10 Rdc. Appt.  
Casablanca  
Tél: 05 22 63 71 07 (Urgences: 0666 29 57)



35 rue Zineb Ishak La villette, Riad Ibn Tachafine Rez de chaussée appt N°13, Casablanca

Tél: 0522 60 55 77 - GSM: 0666 29 55 77 - E-mail: docteur.bellaouchi@gmail.com

35 زنقة زينب إسحاق للأفليتي, رياض ابن تاشفين الطابق السفلي الرقم 13 الدار البيضاء

  
  
 GTIN: 06118001260850  
 LOT: 4017  
 MFG: 06 2022  
 EXP: 06 2025  
 PPV: 9408500

LOT 22002  
 PER 02/25  
 PPV 144DH30

LOT 100  
 PER 02/25  
 PPV 700DH70

