

# 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.

M23-006902

Optique

159813

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7720

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASSAN

LAHCEN

Date de naissance : 05/01/1957

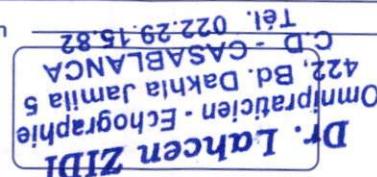
Adresse : 154

Télé : 0633 19 29 63

Total des frais engagés : 415,72 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/01/1957

Nom et prénom du malade : HASSAN LAHCEN

Age: 1957

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

End. Ig

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 : 02/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

**Autorisation CNDP N° A-215 /2019**

#### **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 Paiement des Actes
20 Avril 2023	C	C, 1	100,00	 DR. LAHCEN EL HACHMI OMNIPRACTION EN CHIRURGIE 422, Bd DAKHA JAMAL C.D - CASABLANCA Tél. 02-291582

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EN-NAJAH Bd. Dakha - Jamila 4 Casablanca Tel: 0522 37 14 67	20-04-23	475,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

**Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.**

#### **Important :**

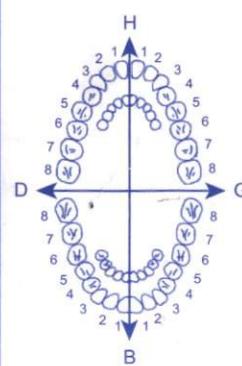
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

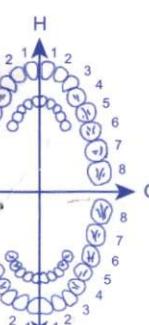
## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> 	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		<b>B</b>		<p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>
<b>H</b>																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
<b>D</b>	<b>G</b>																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
<b>B</b>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Lahcen ZIDI

OMNIPRATICIEN

Diplôme en Echographie Clinique  
Electrocardigramme  
Sur Rendez-vous

الدكتور لحسن الزيدي

الطب العام

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب  
بالموعد

LOT : 22E001  
PER : 12.2026  
BEDELIX 3G  
SACHETS B30  
P.P.V : 57DH70



Casablanca, le :

20 Avril 2023

Patient :

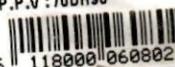
5770

60,00

- bedelix 500mg  
30 sachet - 21,-

Wachter  
Wachter

PER : 15.05.2018  
LOT : 22E005  
PROFENID 100MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 70DH90



0 - Zep - 21,-

682, Bd. Dakhla - Jamila 4  
Cité Djamaâ - Casablanca  
Tél.: 0522.37.14.67

5310

- Relaxal 500mg  
30 sachet - 21,-

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH10

LOT 211146  
EXP 04/2024  
PPV 30.00DH

30,00

seder h 21  
24 - 21,-

54,00

54,00

- priistar 10 mg 5  
1,-

265,70

422, شارع الداخلة، جبلة 5 قرية الجماعة سباتة - الدار البيضاء - هاتف العيادة : 05.22.29.15.82  
422, Bd Dakhla, Jamila 5, Cité Djamaâ Sebata - Casablanca - Tél. C. : 05.22.29.15.82  
Email : l.zidi@menara.ma