

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

N° W21-714684

160395

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 540

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUNTASSIR Yassine

Date de naissance :

29/03/1986

Adresse :

Tél. : 06 6793 8443

Total des frais engagés : 518,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. B. SEKKAT  
Médecin  
Lot. Addcha Al Mousterbal  
Im. A 24 GH.13 App.1 - Casablanca

Date de consultation :

20 MARS 2023

Nom et prénom du malade :

97- MOUNTASSIR YASSINE Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pharyngite + Aigue -

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.

17 MAI 2023

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.

Casablanca

Le : 20/03/2023

| 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 MARS 2014                   | G                 |                       | 110.00                          | INR: 0912019DA<br>Dr. B. SEKKAT<br>Mousterpal<br>Mardi 11 Mars 2014 Cata |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|  | 20/03/23 | 368,10 dhs            |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES  |  |   |                                     |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|---|--|---|-------------------------------------|---|----------|----------|--|--|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.  |  |   |                                     |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.  |  |   |                                     |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>  | <b>Dents Traitées</b><br>(List of treated teeth) | <b>Nature des Soins</b><br>(Nature of treatments) | <b>Coefficient</b><br>(Coefficient) | INP : <input type="text"/>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |  |   |                                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |  |   |                                     | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |  |   |                                     | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |  |   |                                     | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |  |   |                                     | <b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |  |   |                                     | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> |          |          |  |  | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 11433553 | B | 35533411 |  |
|   |  |   |                                     | H   | 25533412 | 21433552 |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |  |   |                                     | D   | 00000000 | 00000000 |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
|   |  |   |                                     | G   | 00000000 | 11433553 |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| B   | 35533411   |   |                                     |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |  |   |                                     |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| <b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/><br><b>Montants des soins</b> <input type="text"/><br><b>Date du devis</b> <input type="text"/><br><b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/> |  |   |                                     |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>   |  |   |                                     |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>  |  |   |                                     |   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |

# Dr. Bouchra SEKKAT

Médecine Générale

د. بشره السقاط

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالأنصى (التلفزة)  
والأمراض التنسالية - السيدا

اختصاصية في التغذير المهبلي وأمراض النساء  
طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Diplômée en Echographie  
& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA  
Diplômée en Coloscopie & Gynécologie médicale  
Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

Casablanca, le : 20 MARS 2023

ن= 9100NTASHIR YASSINE

222.00

PPU: 222,00 DH  
LOT: 650130  
PER: 07/24

47.80

47.80

79.00

PPC: 79,00 DH

19.60

PPU 19DH60  
EXP 10/2025  
LOT 29023 1

ن= 368.40

PHARMACIE H2O  
326, Lot. Nassim, Quartier NASSIM  
MA 20190 CASABLANCA  
Tél/Fax: 05.22.89.05.00  
www.h2o.ma

Dr. B. SEKKAT  
Médecine Générale  
Groupe EDDOHA AL MOSTAKBAL  
Lot. Agoudzine A 24 CH. 15 App. 1  
Imme. A 24 CH. 15 App. 1  
Casablanca 20280

مجموعة الضحى المستقبل، مس 33، العمارة A24، شقة 1 - سيدى معروف - الدار البيضاء 20280

Groupe EDDOHA AL MOSTAKBAL, GH13, Imm. A24, Appt N° 1 - Sidi Maârouf - Tél.: 05 22 32 10 07 - CASABLANCA 20280

E-mail : dr.bouchrasedekat@gmail.com : البريد الإلكتروني