

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed V et Avenue Hassan II  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG)



## Déclaration de Maladie

M23- 014428

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2591 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : 160465

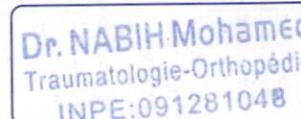
Nom & Prénom : OULAL HALIMA Date de naissance : 13/03/1953

Adresse : 2 Rés Rue NAHIDA Oujda

Tél. : 0665075016 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/05/2023

Nom et prénom du malade : OULAL HALIMA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Complète

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 : 12/05/2023

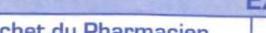
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/05 2023	AC	300	Dr. Nabil Traouadal 118, Bd. Mohamed Ben El Ouardi - Casablanca Tél: 0522 75 05 75 INPE 91281043	Dr. Nabil Traouadal 118, Bd. Mohamed Ben El Ouardi - Casablanca Tél: 0522 75 05 75 INPE 91281043

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>INPE 09200264</b> <b>Mme. DEBBAGH BERNIS NAÏMA</b> <b>Plaie Bandage Cendré</b> <b>Tél. 05 22 30 42 28</b>	22/01/15	360,50

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
10/05/2023	11/05/2023	30000	30000

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX							
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					Montant détaillé des Honoraires
		A	M	PC	I	M	

## 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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

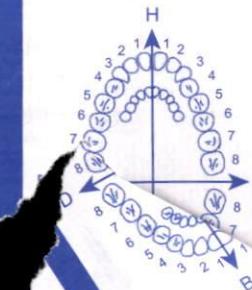
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PR

10

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

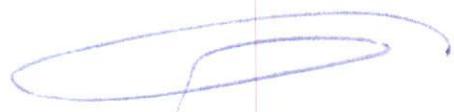
OrdonnanceOulal. Halima

10.10.8.....1.2023

laryngoscopy

Region laryngée

Réflexe de larynx hyperéchogène  
 au niveau de la tête des muscles  
 du larynx corrélateur point  
 bas dans les deux directions


Dr. Dr. I.

116 Bd Mokhtar Ben Ahmed El Garnaoui, Hay Qods, Bernoussi, Casablanca



05 22 75 05 75 / 07 02 05 05 75



dr.mohamed.nabih@gmail.com





Casablanca le : ١٥/٠٥/٢٠٢٣

## Note d'honoraires :

Dr. NABIH Mohamed

Je soussigne ..... Traumatologie-Orthopédie ..... que Mr ..... OUALI .....  
INPE:091281048 HALIMA .

à bénéficier de l'acte suivant avec l'honoraire correspondant :

Consultation de spécialiste :

300DH.

Radiographie :



ECHO GRAPHIE · 300DH ·

Immobilisation plâtrée :

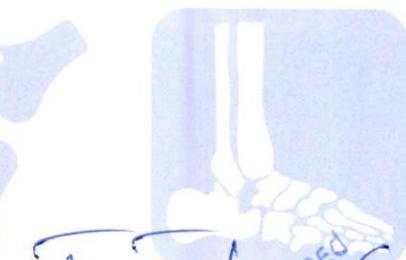
Ablation de plâtre :

Acte de chirurgie :

Infiltration articulaire :

Pansement :

Autres :



TOTAL 600DH  
Dr. NABIH Mohamed  
Traumatologie-Orthopédie  
INPE:091281048



116 Bd Mokhtar Ben Ahmed El Garnaoui, Hay Qods, Bernoussi, Casablanca



75 05 05 02 07 / 75 05 75 22 05



dr.mohamed.nabih@gmail.com



## Ordonnance

Oulel Halima

10.10.5.1.627.

1) Duochelet

79,50



x 10 gns

2) Lewafflex

83,00



x 10 gns

3) Noacapal

198,00

1 App



x 10 gns

GRANDE PHARMACIE DU MAROC  
Mme DEBBAGH BENNIS SAADIA  
Place Bandaeng Casablanca  
Tél 05 22 30 42 28

360,50

Dr. NABIH Mohamed  
Traumatologie-Orthopédie  
116 Bd Mokhtar Ben Mokhtar  
El Garnaoui Benoussia  
Casablanca  
05 22 75 05 75 / 07 02 05 05 75



116 Bd Mokhtar Ben Ahmed El Garnaoui, Hay Qods, Bernoussi, Casablanca



05 22 75 05 75 / 07 02 05 05 75



dr.mohamed.nabih@gmail.com