

# 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.

M22- 0053507

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 31.87

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN SMAIL

Hamid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661664836

Total des frais engagés :

1019.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25.12.2023

Nom et prénom du malade : BEN SMAIL HAMID Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Douleurs

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 :

Le : 25.12.2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
25/5/23	C		200,00	<i>[Handwritten signatures and stamp: Dr. CHAOUA TAHAR]</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. APOTHEQUE JEBOU Tél: 05 07 12 11 11</i>	25/5/23	812,80

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
				<input type

# Dr TAHRI CHAFIQ

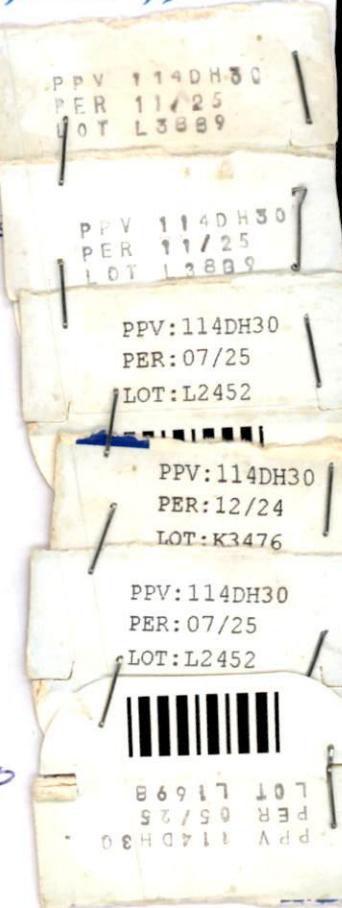
Diplôme Universitaire Diabétologie - Bordeaux (France)  
 Diplôme Universitaire de Nutrition & Diététique Médicale  
 Diplôme Universitaire Gynécologie Médicale Suivie de Grossesse  
 Diplôme Universitaire Gériatrie du - Bordeaux (France)  
 Stérilité du couple - Bordeaux (France)  
 Echographie - ECG



## الدكتور الطاهري شفيق

السكري - بوردو (فرنسا)  
 لحمية الطيبة - بوردو (فرنسا)  
 اء و الحمل  
 نين و الشيخوخة - بوردو (فرنسا)  
 (فرنسا)  
 الفحص بالصدى

Casablanca, le : 25/5/23 - الدار البيضاء، في :



Dr. Ben abdai Amna

114,40Y6

1) Diabetor 500ml



110

79,90XL

43,30XL

2) ADP 1L

181x2W



43,30

3) Rx 1m 3

3n -o -2n

19,90

4) Costol 10W  
18W

19,90

812,80

PHARMACIE LIR  
Dr. ABDI JEDDI  
Lot. ITTFAQ N°1 Bd. Oued Tensift  
Tél.: 0522 93 34 27 / 0522 93 34 18

Dr. Chafiq  
Médecine Générale - Dr.  
Nutrition et diététique - Dr.  
379, Bd. Oued Tensift  
379, Bd. Oued Tensift  
379, Bd. Oued Tensift

19,90