

# 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.

**M23-006569**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **5169** Société : **RAM**  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : **HAMARASS TRIBI** N°**63570**  
Date de naissance : **1/01/1956**  
Adresse : **AV LA GUIER 10 C.D. CASA**  
Tél. : **0603391662** Total des frais engagés : **754.20 Dhs**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **30 MAI 2023**

Nom et prénom du malade : **Abdelkafi touma** Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **HAM**

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 : **CASA** Date : **1 JUIN 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **R ACCUEIL EST 123**



## 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
30 MAI 2023	Q.CCC		800,00 DA	
				Professeur Abdellah Dalmoumen et Anouar Lya
				Abdellah Dalmoumen et Anouar Lya
				22 86 00 46 - 05 22 86 00 46

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30.5.2013	456,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

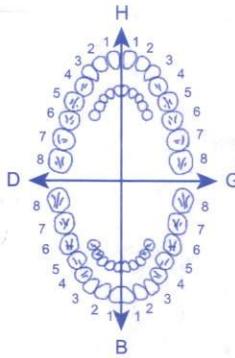
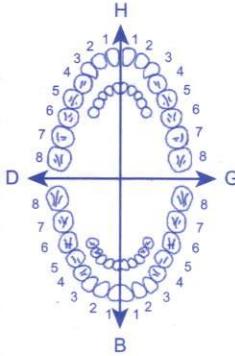
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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 canalaire, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		Coefficient des travaux <input type="text"/>	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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. Saïd CHRAÏBI**

Professeur en Cardiologie  
de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

Ancien Médecin des Hôpitaux de Genève

Spécialiste des maladies du cœur  
et des vaisseaux

Cardiologie adulte - Cardiologie pédiatrique  
Hypertension artérielle - Échographie Doppler  
Holter tensionnel - Holter rythmique - Epreuve d'effort



الدكتور سعيد الشرايبي

أستاذ في أمراض القلب

طبيب سابق بمستشفيات جنيف

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين  
و إرتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى - الهولطير - الفحص بالجهد

Casablanca le : ..... 30 MAI 2023

Mr Abédati Dm'

151,60 x 3

454,80

=

7 su liat 80 / ✓



Mr

Professeur CHRAÏBI Said  
CARDIOLOGUE

Abdelmoumen Center Anoual  
Abdelmoumen Center Anoual 5<sup>ème</sup> étage  
Tél: 05 22 86 00 46 - 05 22 86 00 46

مركز عبد المؤمن، تقاطع شارع عبد المؤمن و شارع انواول، الطابق الخامس، رقم 501 (فوق مقهى المدينة)، الدار البيضاء.

Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen, 5<sup>ème</sup> étage, n°501 (au dessus du restaurant Le Médina), Casablanca

E-mail : sdchraibi@gmail.com - Urgences : 06 64 476 471 Tel/Fax : 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46

الهاتف الفاكس : Tel/Fax : 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46

