

# 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

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

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

M22- 0009122

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **00445**

Société : **Riai, 172221**

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL AÏL HASSAN,**

Date de naissance : **309 AV. B. HAY MASSID casablanca**

Adresse : **29, 09, 1944.**

Tél. : **0644014712** Total des frais engagés : **347,90** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **EL AÏL HASSAN** Age : **1944.**

Lien de parenté : **Lui-même**  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

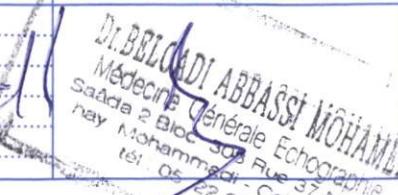
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 **06/07/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **EL AÏL HASSAN**

# 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 6/2/2023        | 100               | 152                   |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 16.02.2023 | 197.50                |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

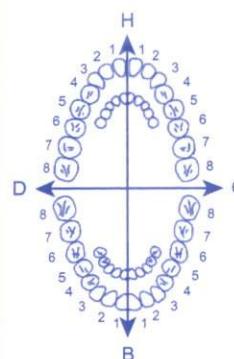
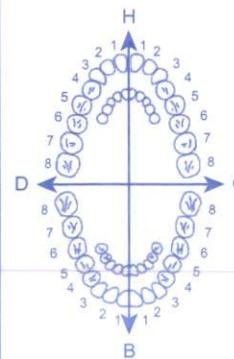
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 |   |
|---|---|---------------------------|-------------|---|
|    |   |                           |             | <b>Coefficient DES TRAVAUX</b>  |
|   |   |                           |             |    |
|   |   |                           |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b>   |
|   |   |                           |             |    |
|   |   |                           |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b>  |
|   |   |                           |             |    |
|   |   |                           |             | <b>FIN D'EXECUTION</b>  |
|   |   |                           |             |    |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                           |             |   |
|  | H<br>25533412<br>00000000                 | G<br>21433552<br>00000000 |             | <b>Coefficient DES TRAVAUX</b>  |
|   | D<br>00000000                             | B<br>35533411             |             |    |
|   |   |                           |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b>   |
|   |   |                           |             |  |
|   |   |                           |             | <b>DATE DU DEVIS</b>  |
|   |   |                           |             |  |
|   |   |                           |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b>  |
|   |   |                           |             |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |   |                           |             |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION                                     |   |                           |             |   |

Dr. BELCADI ABBASSI MOHAMED

MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine de LILLE

DIPLÔME D'ECHOGRAPHIE CLINIQUE

دكتور بلقاقي العباسي محمد

طب العام

كلية الطب

شهادة التشخيص بالأمواج مأ فوق الصوتية

Casablanca, le : 6 Aout 2023 الدار البيضاء، في

092044031

34.70

- Zepam 6

1489804  
06.07.23

Chex 31

18.80

Capacit 24H

1489874  
06.07.23

45.00

zu x 31

02  
Dois

Zopidox 10

1489820  
06.07.23

99.00

11165

الساعة (2) بلوك 308 رقم 37 رقة 39 الحي المحمدى الدار البيضاء - الهاتف : 0522 60 14 38

Sàad (2) Bloc 308 Rue 37 N°139 - HAY MOHAMMADI - CASABLANCA Tel: 05 22 60 14 38

197.50

Dr. BELCADI ABBASSI MOHAMED  
Medecine Générale 59000  
Sàad 2 Bloc 308  
HAY MOHAMMADI  
Casablanca  
Tél: 05 22 60 14 38

LARGACTIL 25 MG  
CP PEL SEC 850 O  
P.P.V : 18DH80  
PER : 06/08/2024  
LOT : 21E002  
6 118000 012382

**Zepam® 6 mg**  
bromazepam  
30 comprimés bâtonnets  
quadrésécables  
6 PPV: 34DH70  
PER: 04/20  
LOT: M1241

**OEDES 20mg** O  
28 gélules  
LOT 220195  
EXP 09/2024  
PPV 99.00 DH

**Zopidox® 10 mg**  
20 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 45,00  
LOT :  
PER :