

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

N° W21-809933

174370

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **6419**

Société : **RAOM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **RASSID SOUD**

Date de naissance : **16/08/1965**

Adresse : **529 lot Hay Fath cosa b la**

Tél. : **0661 56 63 63**

Total des frais engagés : **381**

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **01/09/2023**

Nom et prénom du malade : **Mohamed RASSID**

Age : **58**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Officier**

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.

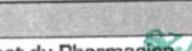
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **casablanca**

Le : **07/09/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

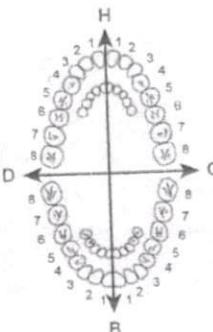
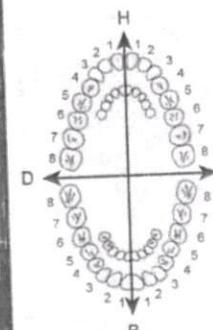
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/05/2020	g		85000	INP : 0910218417 A

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/2015 INHE	08/2015 \$ 7,00 108 7023

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES		Traitées																			
		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>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
00000000																					
35533411																					
B	11433553																				
G																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

PPV: 44.00 DH  
PER: 03/2026  
LOT: 0230017A



# Docteur Mohamed ACHIBA

- Spécialiste des maladies de l'appareil digestif.
- Foie, Vésicule biliaire, estomac, intestins, hémorroïdes.
- Echographie-endoscopie digestive-proctologie.
- Ex Chef de Service de Gastro-entérologie
- Hôpital Mly Youssef à Casablanca.
- Membre de la société française de Gastro-entérologie.



## الدكتور محمد عشيبة

مُختصائي في أمراض الجهاز الهضمي.

الكبد، المرارة، المعدة، الأمعاء، البواسير.

الفحص بالأمواج فوق الموجية، الفحص بالمنظار الداخلي.

تشخيص وجرأة أمراض المخرج.

رئيس مصلحة الجهاز الهضمي سابقاً بمستشفى

مولاي يوسف الدار البيضاء.

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي.

Casablanca, le : ..... 02/09/2013

Mohamed ACHIBA

MD. MOHAMED ACHIBA

مدار جورج 10، تجزئة مولاي التهامي، الطابق الأول، الشقة رقم 1 - الولفة - الدار البيضاء

10, Lotissement Moulay Thami (Rond point George) 1<sup>er</sup> étage, N° 1 - Quartier Oulfa - Casablanca

الهاتف : 0522 89 69

Tél.: 0522 89 69