

# 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.

**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)

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2243

Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NACHIT Abderrahmane

Date de naissance : 27.02.1957

Adresse : Rue 2 N° 4 Hay EL HOUDA

BERRECHID

Tél. : 0661528854 Total des frais engagés : 1997,30. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Dr. Khaddasse Aziya Age: 53 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : Berrechid Le : 11/09/2023

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 Médecin attestant le Pécunier des Actes   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 3/11/2023       | C5 + C10          |                       | 1250,00 €                       | <p>Dr KHADRE MOHAMED SOUAD<br/>Cardiologue Interventionnel<br/>CARDIOLOGIE<br/>11 Bd Med V 1 Etage Bureau N°1 BERRECHID<br/>05 22 32 83 03 / 06 22 32 83 33</p> |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Dr. Sihem TAHIR<br>N°: 12 Mosquée Plaid<br>Plaid (Accès du Stade Sportif) Ben Arous<br>Tel / Fax: 05 22 33 88 22 | 31/08/23 | 748,30                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional markers are positioned at the top (H), bottom (B), left (D), and right (G). The arch is oriented with the H marker pointing upwards, the G marker pointing to the right, the B marker pointing downwards, and the D marker pointing to the left.

## **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD

Cardiologue Interventionnel

Cardiologue

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echographie Doppler de l'université Bordeaux II



د. خضر محمد فؤاد

أخصائي القلب الداخلي

أخصائي

أمراض القلب والشرايين

د

دكتور كلية الطب بالطنطاوى

طبيب سامي بمستشفي الشيخ زايد بالطنطاوى

طبيب سامي بمستشفي لوكشينيد بالمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدق من جامعة بورجو بفرنسا

## Ordonnance

BERRECHID LE 31 août 2023

Mme OIAKHSSASSE Aziza

### REGIME PAUVRE EN SEL

5500 X 3  
**VALPHI PLUS 80/12.5MG**

1 Cp/J matin à jeun

154,10 X 3  
**NOLIP 10MG**

1Cp/J le soir

Traitement pendant : 3 Mois

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD  
Cardiologue Interventionnel  
CARDIOLOGUE  
11 Bd Med V 1<sup>er</sup> Etage Bureau N°1 BERRECHID  
Tél: 05 22 32 83 03 / 05 22 32 83 33

LOT : 013  
PER : OCT 2024  
PPV : 95 DH 00

⇒ x 3 Ged



ت.م  
AFRIC-PHAR

114, MD

501205d

⇒ x 3 Ged