

# 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
- 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- 0014410

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

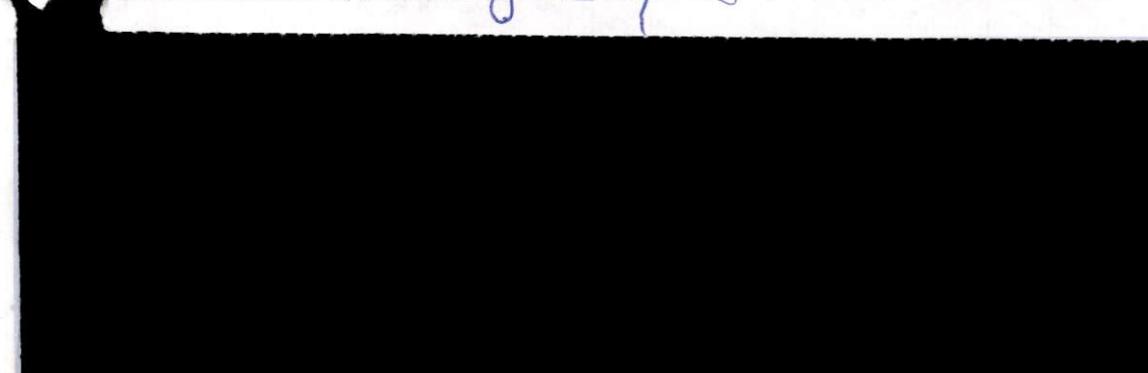
### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	839	Société :	175631
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FATNA RAHOUNE EP Zidane			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés : ..... Dhs		

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<i>Docteur Amina MASSAK</i> Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie Proctologie 28, Route de l'Oasis 1er Etage Casablanca - Tél : 0522 37 37 07 Watsapp:0658 09 737		
Date de consultation :	10/08/2023	Age :	54
Nom et prénom du malade :	<i>FATNA RAHOUNE</i>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>Pathologie</i>		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input checked="" type="checkbox"/> 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 : 10/08/2023  
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



## **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
10.08.2023				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>AS 18823</i>	<i>15.08.23</i>	<i>198.40 DH</i>
<i>Dr ARESKI</i>	<i>Hay</i>	<i>522 3045</i>
<i>11 Rue 8 No 59</i>	<i>Tel.</i>	<i>ARESKI</i>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

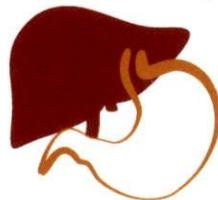
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Amina MASSAK

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie  
Proctologie médico-chirurgicale  
Echographie et Endoscopie Digestives

Ancien Médecin CHU Casa  
Ancien Chef de Service  
de Médecine Hôpital BOUAFI Casa



# الدكتورة أمينة مساك

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي  
أمراض وجراحة المخمر  
التشخيص بالصدى والمنظار الطبي

دكتورة سابقة بمستشفى ابن رشد  
رئيسة مصلحة الطب  
بمستشفى بوافي الدار البيضاء

Casablanca le

الدار البيضاء في

15/08/23

76.80

Set Un Dr

123.60

Hay Amal 1 Rue 8 No 59

Tel. 0522 8532 16 - Casablanca

T: 198,10

مصحة أرسكي

PHARMACE ARESKI

Hay Amal 1 Rue 8 No 59

Tel. 0522 8532 16 - Casablanca



Dr. Amina MASSAK  
Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie  
Proctologie

13 Route de l'Oasis 1er Etage  
Casablanca - Tel: 0522 37 37 07  
Fax: 0522 39 27 37



Tel. 0522 8532 16 - Casablanca

Hay Amal 1 Rue 8 No 59

مصحة أرسكي

Dr. Amina MASSAK

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie

Proctologie

13 Route de l'Oasis 1er Etage

Casablanca - Tel: 0522 37 37 07

Fax: 0522 39 27 37



74,80  
LOT: D9823003  
PER: 07/2026  
PPV: 24.80 DH

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubir bno al aquam roches  
nevers casablanca  
**INEXIUM**  
40 mg Cpr GR  
Boîte 14  
641750MP/21NRG P.P.V: 123,60 DH  
6 118001 020607