

## 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 |

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

N° W21-816883

184139

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9766	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>	
Nom & Prénom : H. BASTIATIMAH			
Date de naissance : 07.11.1967			
Adresse : 273 Bd Mouloud Youssef CASABLANCA			
Tél. : 0678207057	Total des frais engagés : 348,20	Dhs	

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Dr. GUESSOUS Souâd  
INPE : 091069294  
ICE : 001648436000096  
IF : 5140220

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12.9.2023

Nom et prénom du malade : H. BASTIATIMAH Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Infection

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoreires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10.09.23	CA	150SH		INP : [REDACTED] Dr. GUESSOUS Souâd INPE : 091069294 ICE : 001648436000096 IE : 5140220

## ~~EXÉCUTION DES ORDONNANCES~~

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				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>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>												
		<b>H</b> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11432553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	35533411	11432553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
35533411	11432553													
B														
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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**

# Docteur Souâd GUESSOUS

## MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômé de l'université de Montpellier  
en Echographie Générale

## D.U. de Gynécologie Médicale de l'Université de Strasbourg

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

119 Bd. Afghanistan - Hay Hassani  
Casablanca

Tél. : 05 22 90 34 75

الدكتورة سعاد شسوس

## الطب العام

خريجة جامعة مونبولي في الفحص  
 بالأمواج ما فوق الصوتية

حاصلة على شهادة أمراض النساء

بستراسبورغ

Dr GUESSOUS Souâd

INPE : 091069294

ICP : 001648436000096

IF : 514022

119 شارع أفغانستان - الحي الحسني

دار البيضاء

الهاتف : 05 22 90 34 75

Casablanca le .....

18.9.23



Bast Fatima

90,10 - Phadimak

LOT: 0220013A  
PER: 10/2025  
PPV: 41DH00

41100

Phadimak



36,30

Tidaz



36,30 -

Phisyf



LOT: T-02-4  
PER: 10-2025  
PPV: 30,80DH

30,80

Tidaz + 20%



$\overline{\text{Total}} = 198,20$

