

# 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.

M22- 0058274

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule ..... 1405

Société :

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : L. AHLOU

Autre :

Date de naissance : 30/12/50

Fond

Adresse : Lot Mandarina n° 124 Sidi Maârif

Colson

Tél. : 0663.2624.65 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. ABID=ALLAH Meuhaine  
الدكتور عبد الله مهaine  
Chirurgien cardio-vasculaire  
جراح القلب والشرايين  
203/205 Bd. de la Résistance 4ème étage  
Casablanca - Tel: 0522 22 45 24

Date de consultation : 12/12/2023

Nom et prénom du malade : MEG-ZARI SAIDA Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Vomies

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.

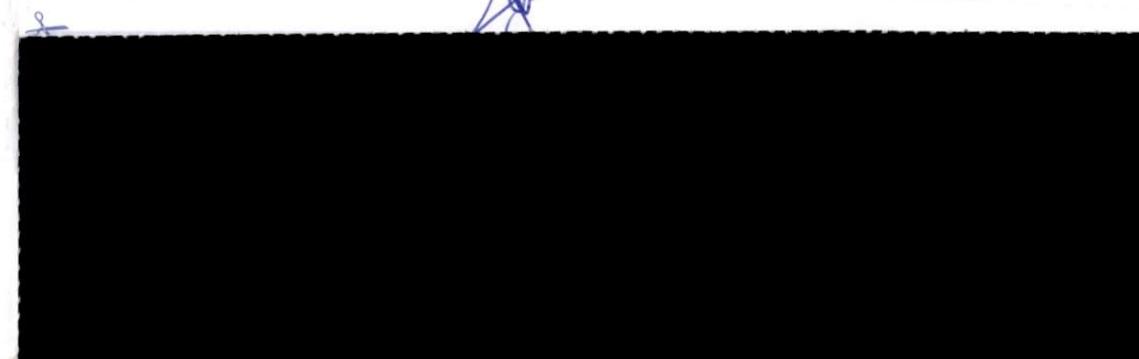
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : 

g



## 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
12/12/21 du 23	C. + Réhab Doppler		1200.00	Pr. ABIB ALLAH Chirurgien dentiste Cabinet de la Résidence Almanar 203/205 Bd. de la Résidence Almanar Casablanca - Tel: 05 22 22 45 28

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALMAAD ALI SARL ALMAAD ALI Sidi Maârouf Casablanca GSM : 06 61 60 54 68	12/12/21	308,00

## ANALYSES - RADIographies

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
		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
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[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**



## ORDONNANCE

el 12/03

Mr. Megzouri Saida

133,60

1- Dovonex 600 mg  
1 pc x 1/j x 3

25,90

2- Avonex une bouteille 1/j

99,10

3- Dexed 2 mg 1 gel x 15 jours à Amois

1,1 39,8,00

Dr. ABID-ALLAH Mouhcine  
الأستاذ عبيد الله محسن  
Chirurgien cardio-vasculaire  
جراح القلب والشرايين  
103/205 Bd. de la Résistance 4ème étage  
Casablanca - Tel : 0522 22 45 24

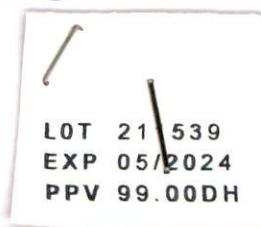
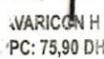
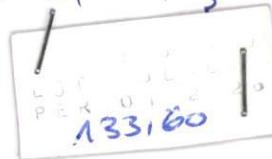
PHARMACIE AHMED ALI  
SARL AU

DR Ali EL JOUAIIDI  
Sidi Maârouf Casablanca  
Tél. Fax 05 22 97 32 16  
GSM 06 61 60 54 68

شارع المقاومة، 203/205  
203/205 Boulevard de la résistance, 4<sup>ème</sup> Etage, Casablanca

Tél: +212 5 22 22 45 24 - Gsm: +212 6 61 23 61 24

Whatsapp: +212 6 16 79 90 09 - Email: prof.abidallah.ccv@gmail.com



LOT 21 539  
EXP 05/2024  
PPV 99.00DH



## Note d'honoraires

Le : 12/12/2023

NOM : MEGZARI

PRENOM : Saida

Examen :

Consultation : ..... 300.00dhs

Echo doppler : ..... 900.00 dhs.

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille deux cent dirhams.

*Pr M Abid-Allah*

*Chirurgien Cardiovasculaire*

Pr. ABID-ALLAH Mouhcine  
البروفيسور محسن عبيد الله  
Chirurgien cardio-vasculaire  
جراح القلب والشرايين  
203/205 Bd. de la Résistance 4ème étage  
Casablanca - Tél : 0522 22 45 24

*Casablanca, le 12/12/2023*

## **ECHODOPPLER VEINEUX DES MI**

**Nom : MEGZARI SAIDA**

**Age : 68 ans**

Réseau veineux profond des 2 MI continent.

Les veines saphènes externes des 2 MI sont continentées.

### **A gauche :**

Petite incontinence de la VSI gauche qui est dilatée.

Veines perforantes jambières antéro interne continentées.

Veine poplitée continentée.

### **A droite :**

Petite incontinence de la VSI droite qui est légèrement dilatée.

Veine poplitée continentée.

Veines perforantes jambières antéro interne continentées.

### **CONCLUSION :**

Petite incontinente des deux VSI droite et gauche qui sont dilatées, plus à gauche qu'à droite.

Pr. ABID-ALLAH Mouhcine  
جراح عروق و اشارة  
Chirurgien cardio-vasculaire  
203/205 Bd. de la Résistance 4ème étage  
Casablanca - 100, 0022 22 45 24