

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricle : 12553 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Hatim Mehdi

Date de naissance : 02/10/1986

Adresse : 121 Bd Taddart

Tél. : 0660750771 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. LAHBABI Mohammed Sali  
Professeur Pédiatre  
295 Bd. Abdelmoumen n° 14  
Tél: 0522 860 890  
INP N°: 091034702*

Date de consultation : 21/11/19

Nom et prénom du malade : Hatim Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

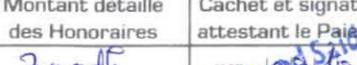
19 FEV. 2020

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 21/11/2019

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
21/11/19			300dh.	 INP 34702

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/> <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/> <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel: Therapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>	
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
		B	35533411	11433553												
		G														
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/> <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

**Docteur Mohamed Saïd LAHBABI**  
**PEDIATRE**

Professeur de pédiatrie à la faculté  
de médecine de Casablanca.

Assistant étranger à l'université  
Paris V. René Descartes

Sur Rendez-vous

**الدكتور محمد سعيد الهاشمي**  
الاختصاصي في امراض الاطفال والرضع  
أستاذ طب الأطفال بكلية الطب  
بالدار البيضاء  
طبيب سابق بجامعة باريس  
روني ديكارت  
الزيارة الموعد

Casablanca, le : ..... 21 NOV. 2019 ..... الدار البيضاء، في:

NOM :

Hatim Yassine

Poids : 99.00  
80

Dolipres 800 mg

Motte 21j

Si Fresh

Weel laid 800 mg

icec 1g

Dr. MOHAMED SAID LAHBABI  
Professeur de Pédiatrie  
295 Bd. Abdelmoumen N° A4  
Tél: 05 22 860 890  
INP N°: 091034702

295, boulevard Abdelmoumen N° A4 Casablanca

Tél : 05 22 860 890 - GSM : 0661 210 315

E-mail : emie5@msn.com

Prochain RDV :