

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

## adiologie 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.

## éducation :

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.

## entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

03532

21653

Société :

nom : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : nouzi montaz

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : \_\_\_\_\_ Total des frais engagés : # 396,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

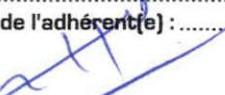
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

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 : 12-03-2020

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/01/20	2	1	250,00	250,00
				RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES du Médecin et du Chirurgien Dentiste et Radiologue Dentiste ANNEXE B RETOUR

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
250,00	20/01/20	250,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'os.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
		35533411		11433553
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# الدكتور أحمد بنوجيدة

Diplômé en ECHOGRAPHIE GENERALE  
de l'Université Rene Descartes de Paris  
Ancien interne des hopitaux

139, Boulevard Aba Chouaïb Doukali  
Sidi Maârouf (5) - Face Souk Koréa  
Préfecture El Fida Derb Soltane  
Casablanca - Tél. : 05 22 28 19 52 / 28 92 92



حاصل على شهادة الفحص بالصدى  
(الايكوغرافيا)  
خريج كلية الطب رونى ديكارت بباريس  
طبيب سائقاً بالمستشفيات

شارع أبو شعيب الدكالي  
سيدي معروف (5) - أمام سوق القرعية  
عمرalla الفداء درب السلطان  
الدار البيضاء - الهاتف: 92 / 28 92 52 22 28 19 05

الدارالبيضاء في : ٢٣ مارس ٢٠٢٠ Casablanca le :

TT: 14/08 Burkitt lymphoma

- Rd [

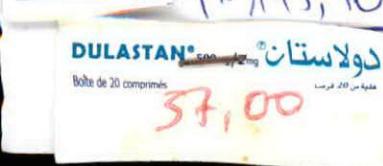
~~Revi - Dij perjanjian So/12~~

23.8. vitement fa

19. 9. - Wetland

Final Dates for Fall 2

دوستان <sup>AN® 500 mg</sup> فلپین 20 قرص



- Mental y  
, y = 3h

Docteur Ahmed BENBOUJIDA  
Médecin diplômé en Echographie Doppler  
139, Avenue Aba Chouaïb Doukkali El Fida  
CASABLANCA - Tél.: 05 22 28 19 2 / 82 28 80

1-Jan-2011 0:06:47

D-naiss:  
ans,

Fréq.Card: 61 BPM  
Int PR: 201 ms  
Dur.QRS: 76 ms  
QT/QTC: 372/375 ms  
Axes P-R-T: 68 46 85

RYTHME SINUSAL  
ANOMALIE NON SPECIFIQUE DE L'ONDE T  
ECG SUBNORMAL  
INTERPRETATION BASEE PAR DEFAUT POUR PATIENT AGE DE 40 ANNEE  
Revu par \_\_\_\_\_

