

# 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.

## Pathologie 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

*Facture et Chq.  
30-03-2021.*

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)

Matricule : 2516

Société : 63980

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARCHACHE EL MAACHI

Date de naissance : 07.12.1956

Adresse : Hay Hammam 84c. n° 20 Ds EL AMAL  
CASABLANCA

Tél. : 06 78 56 77 87

Total des frais engagés : 6000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/02/2021

Nom et prénom du malade : Allal Ben Abdellah

Age : 65

Lien de parenté :

Fille

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : gastro

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

Le : 15/03/2021

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
21/12/2015			300,00	Dr. Nawa FILALI BAGA CATRO, 140 N° 5, Casablanca Télé: 022 24 42 24 Fax: 022 24 42 24 Dr. Nawa FILALI BAGA CATRO, 140 N° 5, Casablanca Télé: 022 24 42 24 Fax: 022 24 42 24

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

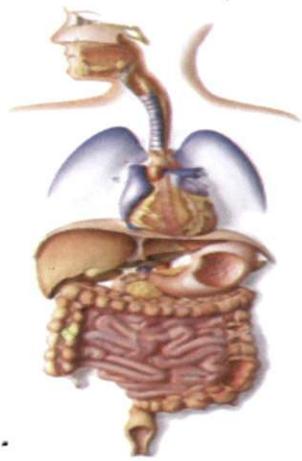
## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



# CABINET DOCTEUR NAJWA FILALI BABA

Spécialiste Des Maladies De L'appareil Digestif  
Prôctogie Médico-chirurgicale  
Hépatologie  
Echographie-Endoscopie interventionnelle

le 02/12/2021

## Note D'honoraire

Je sousignée **DR FILALI BABA NAJWA**

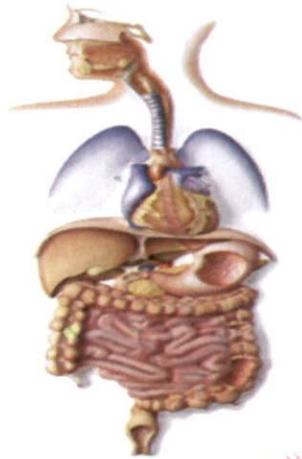
présente mes meilleurs voeux de rétablissement

Mme : *Ait Issa Aicha*

Et lui présente ma note d'honoraire.

De : **600 DH**

Pour:consultation+ Echographie Abdominale



# CABINET DOCTEUR NAJWA FILALI BABA

Spécialiste Des Maladies De L'appareil Digestif  
Proctologie Médico-chirurgicale  
Hépatologie  
Echographie-Endoscopie interventionnelle

Mme

*ANTISA*

Casa le : 02/02/2021

## ECHOGRAPHIA ABDOMINALE

Foie de taille normal, de contours réguliers, de structure homogène. Sans lésion décelable.

Voies biliaire intra et extra hépatiques non dilatés.

Vésicule biliaire à paroi fine, à lithiasique.

Pancréas : RAS.

Rate de taille normale.

Le rein droit de taille normale, de contours réguliers, avec bonne différentiation corticomédullaire.

Absence d'ascite.

Aérocolie.

**CONCLUSION :** -Météorisme abdominal.

Dr. NAJWA FILALI BABA  
Gastro Endo Résiduose  
86, Bd. Oum Rabii, N° 5 - Casablanca  
Tél. : 05 22 89 21 16 - 06 61 15 66 81 - E-mail : filali\_najwa@yahoo.fr