

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## Biologie 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.

## Dentaire :

- 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

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 *69198*  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10444*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : *FARSANE Laïla*

Date de naissance : *05.01.76*

Adresse : *Lot les Bases 1 Pmn G Appt 5 CFC*

Tél. : *066001952*

Total des frais engagés : *1537,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *15/03/21*

Nom et prénom du malade : *FARSANE Laïla*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *fièvre*

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-055028

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *10444*

Nom de l'adhérent(e) : *Laïla Farsane*

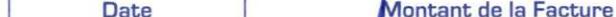
Total des frais engagés : *1537 Dhs*

Date de dépôt : *23/04/21*

## 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
15/3/2021	Chirurgie Digestive	—	300,00	Dr. Richard Nafouzi Chirurgien Digestif 22, Rue Najib Mahfouz Tel: 05 22 22 45 78 steweb richardnafouzi

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE LONGCHAMP Rajaa TAZI BEN LAMILI Rue Toulouse C.I.L - Casa Tél. : 06 22 36 47 51	15/3/21		1237,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraire
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

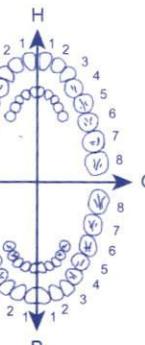
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### 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

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														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				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

Docteur Richard ABITTAN

EXPERT EN CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE

CHIRURGIE DIGESTIVE  
ENDOCRINIERE ET VASCULAIRE  
CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ  
CENTRE DE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ

الدكتور ريشار أبيتان

خبير في الجراحة بالمنظار

جراحة الجهاز الهضمي  
جراحة الغدد والشرابين  
جراحة السمنة  
مركز معالجة السمنة

807,00

Raffi REDA

134,50 x 6

1-

Fucidine - w

Cocadin 250

Op

267,00

2. 2 2

fu rep

400

sof

400 سين



2-

Zirbox 400

S.V.

140 fu rep

7f

3-

fuw broox

Baerospray

S.P.

Cocadin fuw

S.V.

138,00

251,00

1237,00

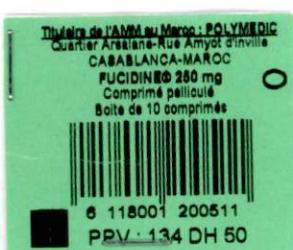
fuwlet 10

BACTOSPRAY

LOT : 5348  
EXP : 11/2023  
PPC : 138.00DH

LOT : 200389  
PER : 03-23  
PPV : 25,00DH

le 15/3/21



Dr. Richard ABITTAN  
Chirurgien Digestive de l'Obésité  
22, Rue Najib Mahfoud - Casablanca  
Tél : 05 22 22 43 78 - Fax : 05 22 48 36 42  
site web : [richardabittan.com](http://richardabittan.com)

