

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

## **Informations 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 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.

**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](http://www.mupras.com)

70042

## **Déclaration de Maladie : N° S19-0006069**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 1423

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LECHHEB - Omer Date de naissance : 1/2/53

Adresse : 109 Bd Amour El Kachkachi casa

Tél. : 0661 17 65 35 Total des frais engagés : Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Dr. A. DARRADINE  
Cardiologue Interventionnel  
Casablanca  
GSM: 0666 54 35 06



Date de consultation : 04/05/2021

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie Ischémique

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) : .....

### 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
04/05/21	S	G		<i>Dr. A. DAHMANI Centre dentaire conventionnel GSM: 066543506</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE D'ANNECY 15 bis Beaujolais</i>	04/05/21	73,00

### 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
		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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT 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
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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

**Dr. Abdessamad Dahreddine**

**Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux**

Diplômé en Cardiologie Interventionnelle  
à l'Université Paris XII

Ancien chef d'Unité de Cathétérisme  
Cardiaque à l'Hôpital Avicenne de Rabat



**الدكتور عبد الصمد ظهر الدين**

**أخصائي في أمراض القلب والشرايين**

حاائز على دبلوم قسطرة القلب

و الشرايين بجامعة باريس

رئيس سابق لقسم قسطرة القلب و الشرايين

بمستشفى ابن سينا بالرباط

**79DH00**

05.2023  
L 2000531



04.05.2021

Casablanca, le .....

**Mr LECHHAB Omar**

**ADDITIVA MULTIVITAMINES CP EFF**

1 comprimé le matin, après le repas, pendant 7 jours.



**PHARMACIE AMDOR**  
15 bis, Rue Traintour Casablanca  
Tél/Fax: 0522 25 52 63

**Dr. A. DAHREDDINE**  
Cardiologue Interventionnel  
Casablanca  
GSM: 06 66 54 35 06

رواق عبد المؤمن 202، شارع عبد المؤمن، رقم 32 - الدار البيضاء

الهاتف : 06 66 54 35 06 - 06 88 16 06 51 - 05 22 86 04 63

Galerie Abdelmoumen 202, Bd. Abdelmoumen, [Entre sol N° 32] - Casablanca - Tél.: 05 22 86 04 63

P : 06 88 16 06 51 - Urgence : 06 66 54 35 06 - E-mail : dahreddineabdessamad@gmail.com

