

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Thérapie :

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

Préclamation : contact@mupras.com

Mise 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 à caractère personnel.

S : 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0033453

Optique *je OSF*  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *5357* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

*FILALI RAFIK RACHID*

Date de naissance :

*28-12-58*

Adresse :

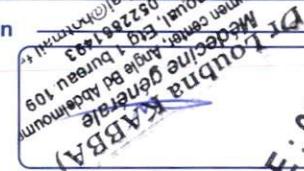
*Rue 93 N° 22 Famille Française  
CASA*

Tél. :

*066723278* Total des frais engagés : *536,40* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

*13/05/2021* Nom et prénom du malade : *FILALI RAFIK RACHID* Age : *21*

Lien de parenté :

Lui-même

Comptoir

Enfant

Nature de la maladie :

*Ophtalmie* En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

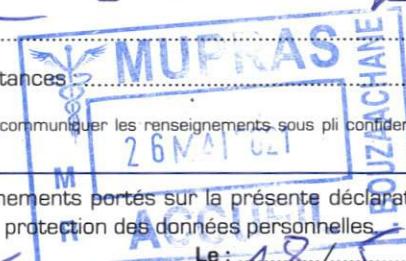
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : *CASA*

Le : *18/05/2021*

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

## **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
12.05.2021	G	G		Loubna KAC Médecine Générale Centre, Angle Bd Zir Tel : 03 280 1482 E-mail : kac_loubna@yahoo.fr

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
H.A.D. PHARMACEUTIQUE 153 RUE SAINT-DENIS 75011 PARIS Tél. 522-2515	18.05.81	536,40

#### **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 l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). The arch is centered around a vertical axis labeled 'H' at the top. A horizontal axis extends to the left labeled 'D' and to the right labeled 'G'. A vertical axis extends downwards labeled 'B'.

VISA ET CACHET DU PRA



# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<b>H</b> $\begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$ <b>D</b> <b>B</b>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <span style="color: red;">400000</span>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<b>MONTANT DES SOINS</b> <input type="text"/>
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">LOT : KA01570 PER : 04-2022 PPV : 131,00DH</span>
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">756.631.01.16</span>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

Comprimés pell

LOT : 036  
PER : AVR 2023  
PPV : 113 DH 50

30 Comprimés pell

LOT : 036  
PER : AVR 2023  
PPV : 113 DH 50

LOT : KA01570  
PER : 04-2022  
PPV : 131,00DH

756.631.01.16

الدكتورة لبني قباج

الطب العام

نساء - رجال - أطفال

Docteur Loubna KABBAJ

Médecine générale

Femmes - Hommes - Enfants

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique  
CNSS derb Ghellef, Casablanca
- Diplôme Universitaire de Diabétologie  
Faculté de Médecine de MONTPELLIER
- Diplôme Inter-universitaire Hypertension Artérielle  
Faculté de Médecine de STRASBOURG
- Echographie générale
- Electrocardiogramme

- طبيبة مستعجلات بمصحة درب غلف المتعددة
- التخصصات للضمان الاجتماعي سابقا
- دبلوم جامعي في مرض السكري
- كلية الطب مونتوبولي
- دبلوم بين جامعي في مرض إرتفاع ضغط الدم
- كلية الطب ستراسبورغ
- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء في 18/05/2021

MLLE ZINEB FILALI RAFIK

- Rx 130,00*
- S-peram 10 mg - comprimé pelliculé  
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois
  - Medizapin 2,5 mg - comprimé  
1 Comprimé, soir pendant 3 mois
  - Coltrax 4 mg - comprimé  
1 Comprimé, matin, midi soir, pendant 7 jours
- Rx 135,00 x 2*
- Rx 49,40*
- Rx 536,60*

CHARMAGIE WATO  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
derb Ghellaf - Casablanca  
Tél: 0522 25 16 07

Dr LOUBNA KABBAJ  
Médecine générale  
Abdelmoumen center, Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual, Eg 1 bureau 109  
Tél : 0522 86 14 93  
Email: l.kabbaj@hotmail.fr