

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

## **Diologie 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

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

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7155 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : GOTNI AHMED

Date de naissance : 09 07 1962

Adresse : HABITACLE

Tél. : 06 35 73 80 80 Total des frais engagés : 560,85 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : GOTNI AHMED Age: / /

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : GESTATION ET DELIVRE

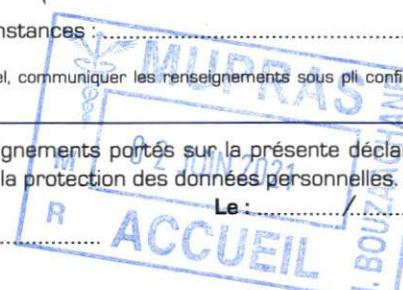
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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
24/05/2011	Actes	C	C	<i>(Redacted)</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE NOUZE</i> Centre d'Urgence Universitaire de Dijon	24.5.21	560,85

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

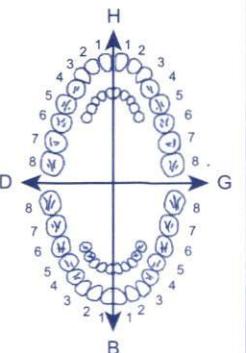
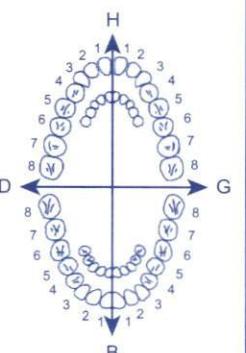
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 orthodontiques, ainsi que le bilan de

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	G 21433552 00000000		
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553			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

Dr. Najwa FILALI BABA

Spécialiste Des Maladies

De l'Appareil Digestif

Proctologie Médico-Chirurgicale

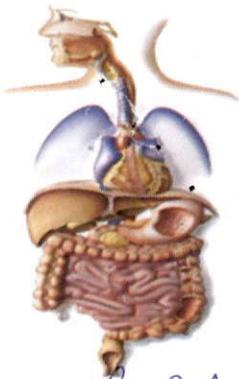
(Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes)

Endoscopie Digestif - Echo-graphie Abdominale

ANCIENNE INTERNE DU CHU IBN ROCHD

ANCIENNE INTERNE DE L'HOPITAL DE MONTPELLIER

DIU PROCTOLOGIE DE LA FACULTE DE MONTPELLIER



الدكتورة نجوى الفيلالي بابا

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي

أمراض وجراحة المخرج

(المعدة - الكبد - الأمعاء - البواسر)

طبية داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد

طبية داخلية سابقاً بمستشفى مونبليي فرنسا

دبلوم في أمراض و جراحة المخرج بكلية الطب بمونبليي

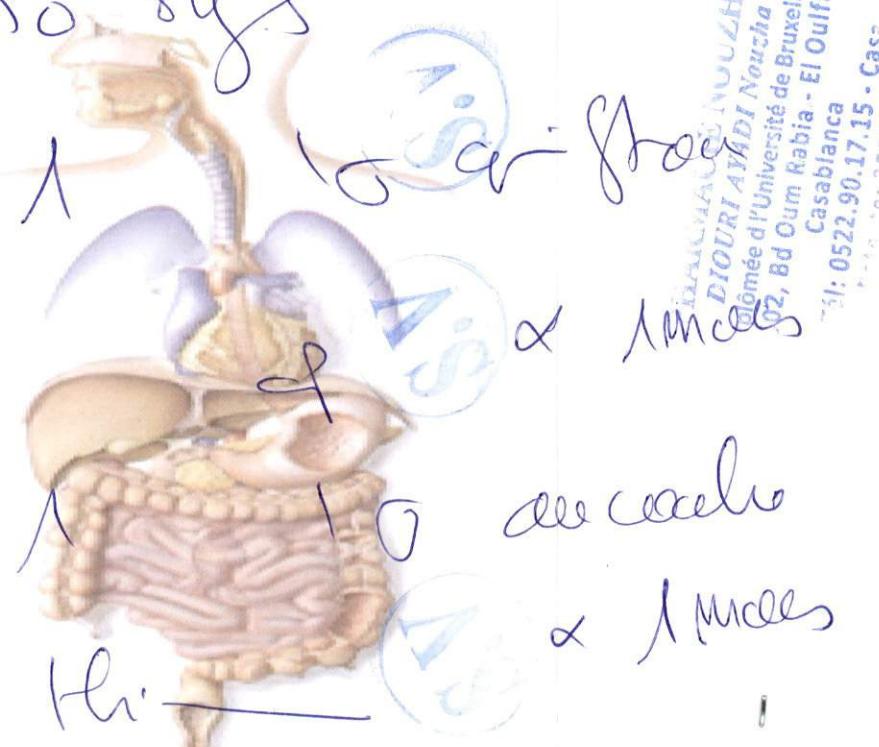
Casablanca Le :

10/05/2021

94,00

Mr. Gahni Ahmed

Symptome



PHARMACIE DIOURI AYADI NOUZA  
Diplômée de l'Université de Nouzha  
502, Bd Oum Rabia de Bruxelles  
Tél: 0522.90.17.15 - Casablanca  
Patente: 2005 - Casablanca

DIOURI AYADI NOUZA  
Diplômée de l'Université de Nouzha  
502, Bd Oum Rabia - El Oulfi  
Casablanca - El Oulfi  
Tél: 0522.90.17.15 - Casablanca

88, Bd, Oum Rabii, Rés-Colza, 1er Etage N°5 Hay Hassani - Casablanca Tél.: 05 22 89 21 16 - 06 61 15 66 81 - E-mail : filali\_najwa@yahoo.fr

Urgence : 06 61 43 03 42

شارع أم الريان إقامة كولزا الطابق الأول رقم 5 الحي الحسني الدار البيضاء - الهاتف: 06 61 43 03 42 - E-mail : filali\_najwa@yahoo.fr - 05 22 89 21 16 - 06 61 15 66 81

المستعجلات: 06 61 43 03 42

- Almuiz: 0,5  
35,70 1/2 184 1Mdes
- Aleutia 1/2 184 1/2 4 15 g - flacon 1/2 184 1/2 150 1Mdes  
126,00 x 2 = 252,00
- D-calc fab 1A 1/2 150 3Mdes  
49,60 x 2 = 99,20 1/2 150 2Mdes  
560,85

