

# 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.

## 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.

### 87391

 Optique Autres Maladie Dentaire

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4953 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHELIG HOUSSINE

Date de naissance : 01. 01. 1961

Adresse : CHABAB AÏN SEBAA ZONE D Imm S Apt 11 Esa

Tél. : 0661302886 Total des frais engagés : 152.00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/08/2021

Nom et prénom du malade : CHELIG Houssine Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection abiotique originaire

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 : 18/08/2021

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
18/08/21 Control		G		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATHAN N°7 Lot Chabab Groupe S Ain Sebaa CASABLANCA INPE : 092057145 Tél : 05 22 73 74 73	18/08/21	152,00

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																
<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 30%;">H</td> <td style="width: 10%; vertical-align: top;">25533412</td> <td style="width: 30%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">00000000</td> <td style="border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	00000000	00000000	35533411		11433553
H	25533412	21433552														
00000000		00000000														
D	00000000	00000000														
35533411		11433553														
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>Coefficient des travaux</b>																
<b>Montants des soins</b>																
<b>Début d'exécution</b>																
<b>Fin d'exécution</b>																
<b>Coefficient des travaux</b>																
<b>Montants des soins</b>																
<b>Date du devis</b>																
<b>Date de l'exécution</b>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

**Dr SEKKAT Jihane**

**الدكتورة جيهان السقطاط**

## RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, articulations,  
colonne vertébrale et la Goutte  
Echographie ostéo-articulaire  
Rhumatologie interventionnelle



أخصائية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمعادن،  
والروماتيزم، العمود الفقري،  
الهشاشة والتقوس،  
الشخص بالصدى

18 août 2021

0 4 4 7 6 8 0 0
0 4 7 2 0 2 5
4 9 D H 6 0

  

0 4 4 7 6 8 0 0
0 4 7 2 0 2 5
4 9 D H 6 0

**Mr. CHELLIQ Houssine**

49.60 x 2

FELDENE FAST



1Cp en sub linguale / jour pendant 15 jours après le petit déjeuner

52.80

AULCER 20 MG



1 gelule/j le matin à jeun 1/4 heure avant le repas 15 jours

152.00

**PHARMACIE ATHINA**  
N 7 Lot Chabab Groupe C:  
Ain Sebaa CASABLANCA  
INPE : 092007115  
Tel : 05 22 73 74 73

N° : 569/17 DMP/21/NRQ  
LOT : 20061  
PER : 01/2023  
PPU : 52,80 DH

Jihane Sekkat  
Rhumatologue  
Bd Med Zafaf Anassi  
Tél : 05 22 01 07 07

Tél. : 0522 01 07 07 - Gsm : 0610 55 57 57 - E-mail : jihane.sekkat@gmail.com

المجمع الطبي أناسي : 8 ، السلام 1 ، شارع محمد الزفزاف ، إقامة ريم 1 ، ش 17 ، الطابق 3 (قرب بريد المغرب-أناسي) - الدار البيضاء

Complexe Médical Anassi : Bd Med ZAFZAF, Rym1, N° 8, 3ème étage, N° 17, Anassi - Casablanca