

# 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.

## Rééducation :

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



## Déclaration de Maladie

N° P19- 050890

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0093100 Société : 3

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BATASSA LAYACHI

Date de naissance : \*

Adresse : HAY LALLA MERIEH Bloc 16 casa

Tél : 0655155230 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin REZKI ABDELGHANI

ECHOGRAPHIE DIABETOLOGUE  
EXPERT AUPRES DES TRIBUNAUX  
Bd. Driss El Harti Lot. Aïha - Lot. N°4  
Hay El Falah Casa - Tél : 0522 71 44 00

Date de consultation : 2 / 11 / 2020

Nom et prénom du malade : BATASSA LAYACHI

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :





# RELEVÉ 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
02/11/2021		9	150,50	Dr. REZKI ABDELGHANI ECHOGRAPHIE DIABETOLOGUE EXPERT AUPRES DES TRIBUNAUX Bd. Driss El Harti Lot. Aïna - Lot. N° 1 Hay El Falah Casa - Tél : 0522 71 11 00

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/11/2021	508,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

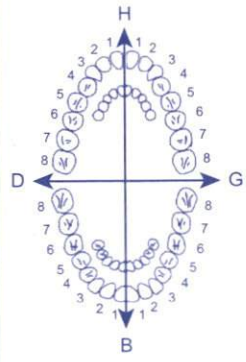
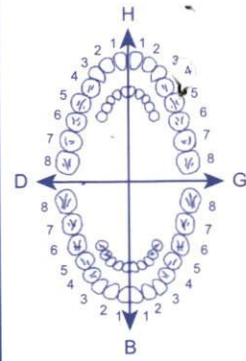
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

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"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. REZKI Abdelghani**

MEDECINE GENERALE

D.U d Diabétologie

D.U d'Echographie Générale

Médecine Expert auprès des Tribunaux

**الدكتور رزقي عبد الغني**

**الطب العام**

دبلوم مرض السكري

دبلوم الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم

02/11/2021

Casablanca , le : ..... : الدار البيضاء في

**BATASSA DAOUIA**

80,100x3

- Altec 10 mg - gélule

1 Gélule, matin, pendant , 3 mois

22,20x2

- Codoliprane 400 mg / 20 mg - comprimé

1 Comprimé, matin, soir, pendant

38,80

- Muxol - solution buvable

1 dose, matin, soir, pendant

185,70

- Crestor 10 mg - comprimé pelliculé

1 Comprimé, soir, pendant

**Dr. REZKI ABDELGHANI**  
ECHOGRAPHIE DIABETOLOGUE  
EXPERT AUPRES DES TRIBUNAUX  
Bd. Driss EL Harti Lot. Aïcha - Lot. N° 4  
Hay El Falah Casa - Tél : 0522 71 44 00



Maphar  
Bd Alkima N° 6, Qr  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 183,70 DH  
6 118001 183111

PPV:22DH20  
PER:05/23  
LOT:K1289

PPV:22DH20  
PER:07/23  
LOT:K1845



PPV (DH) :

LOT N° :

UT AV.:

38,80

وكسول  
أميروكسول

80,00

80,00

80,00