

# 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)

112147

## Déclaration de Maladie : N° S19-0002781

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 112147

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUZAIDI Med Amina

Date de naissance : 03/07/82

Adresse :

Tél. : 052147

Total des frais engagés : 391,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/04/2022

Nom et prénom du malade : BOUZAIDI MOHAMMED AIT AÏNE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Douleurs Abdominales

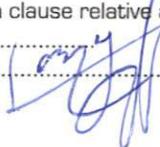
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 112147

Le : 18/04/2022

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 Recouvrement des Actes
16/04/22	C		300,00	Dr. SALMAN YAZIO 250, Bd. Abdelmoumen Casa - Tel : 0522 22 22 22

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALJ 279 Bd. Md. Abdellah Tel 022 36 06 54	16/04/22	91,10

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

Diagramme d'identification des dents (O.D.F) :

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552	
00000000	00000000		
D	00000000	00000000	
B	35533411	11433553	
G			

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

## Docteur SALMI El Yazid

SPECIALISTE EN CHIRURGIE GENERALE  
DIGESTIVE-GYNECOLOGIQUE-OSSEUSE

DIPLÔMÉ EN CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE  
DIGESTIVE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

DIPLÔMÉ EN COELIO - CHIRURGIE (LAZER)  
DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

DIPLÔMÉ EN EXPERTISE MEDICALE  
DE L'UNIVERSITÉ DE RENNES

MEDECIN EXPERT AUPRES DES TRIBUNAUX

DIPLÔMÉ EN ECHOGRAPHIE DE PARIS

DIPLÔMÉ EN MEDECINE DU SPORT DE RENNES

## الدكتور سلمى اليزيد

إختصاصي في الجراحة العامة

الجهاز الهضمي - أمراض النساء العظام

حاائز على شهادة جراحة السرطان للجهاز الهضمي

بجامعة مونبولي بفرنسا

حاائز على شهادة الجراحة بالمنظار (لазير)

بجامعة باريس

حاائز على شهادة الخبرة في تقدير التعويضات القانونية

بجامعة رينس بفرنسا

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

حاائز على شهادة الكشف بالتصوير الصوتي بباريس

حاائز على شهادة الطب الرياضي بفرنسا

Casablanca, le

16/4/2022

Mr Bouzaiwi Béchir et fils

49,40

Coltene ep

14 x 21, x 21

Profil 11 54

Suppo 285/250

31.10  
الصلع

PHARMACIE ALJ  
ALJ Md. Abdellah  
279 Bd Abdelmoumen Cusa  
Tel: 022 86 06 54

Dr. SALMI El  
CHIRURGIEN  
250, Bd. Abdelmoumen Appr. 1f  
Casa - Tel : 0522 23 01 52

**Coltrax® 4 mg** 

12 comprimés



6 118000 120322

49,40

41,70



100%  4 mg 12 comprimés

€ 49,40