

# 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 réducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Prothèses :

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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

## Adresses Mails utiles

Information	: contact@mupras.com
en charge	: pec@mupras.com
et changement de statut	: adhesion@mupras.com

Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2053**

Société : **RAM**

**114769**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BERRABEH JAMAL**

Date de naissance : **21.04.51**

Adresse : **77 RUE D'AGADIR APT 2**

**CASABLANCA**

Tél. : **06 64 22 72 71**

Total des frais engagés **300 + 508,50**

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Autorisation CNOP N° : A-A215 / 2019

Date de consultation : **10.05.2022**

Nom et prénom du malade : **BERRABEH ZAWIA** Age : **73 ans**

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **DM grecs dt**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : **...**

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 : **CASABLANCA**

Le : **12/05/22**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



## 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
20/05/22		18	300,00	Dr. Salches Chirurgien orthopédiste Traumatologiste NPE: 0911903710 - 0522 512 82

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/05/22	508,57

#### **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
		AM	PC	IM	IV	

## 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

# Dr. Salaheddine GHRIB

Chirurgie Orthopédique & Traumatologique

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Chirurgie Prothétique - Chirurgie de la main

Arthroscopie - Médecine du sport

Traitements par PRP



# الدكتور صلاح الدين غريب

جراحة العظام والمفاصل

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الجراحة التقويمية - جراحة اليد

الجراحة بالمنظار - الطب الرياضي

العلاج بالبلازما

Casablanca le: ..... 10/05/22 ..... الدار البيضاء في

149,50

BERRABOT Zebida

1. Curflex sachet

79,00

1 Sh. / 20 Jours

2. Flexanat pommade

280,00

1 Adx 13} / 15 Jours

3. fleximax

508,50

S.V

1 f x 2 f / 1 mois

Dr. Salaheddine GHRIB  
Chirurgien Orthopédiste  
Traumatologie - Arthroscopie  
INPE: 091190371 / Tél.: 0522 522 530

شارع القدس، إقامة الورود، عمارة 1 الطابق 1 الرقمن 112 عين الشق - الدار البيضاء

Bd. ElQods Résidence les Rosiers, Imm.1, 1er étage N°112, Ain chock - Casablanca

Tél.: 05 22 52 25 30 - 06 63 66 99 34 - Email: dr.ghrib@gmail.com