

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## tique :

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.

## ntaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **1019** Société : **RAMI**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**CHERRADI**

**Boubker**

Date de naissance :

**01/07/45**

Adresse :

**15 Résidence Beau Souss**

**AGADIR**

Tél. : **06 6133 1399**

Total des frais engagés : **300** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور جاد سلخان  
**Dr Jaouad SELHANE**  
CARDIOLOGUE - RYTHMOLOGUE  
Technopole 1, Lot. Founty, Block N° E 205  
Agadir - Tel. +212 528 27 49 28

Date de consultation :

**DEBBAR H Sabah**

Age: **68 Ans**

Nom et prénom du malade :

**El Bachir**

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Angine**

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 : **AGADIR**

Le : **07 MARS 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 Paiement des Actes
17 MARS 2021	LS CARDIO + ECG		3000,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 d

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX        
	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

## CABINET DE CARDIOLOGIE

N°205, Bloc E, Technopôle 1, Lotissement Founty, AGADIR - - Tél. : +212 528 22 49 28

### Docteur Jaouad Selhane

Cardiologue Spécialiste en Rythmologie et Stimulation  
Cardiaque

Diplômé de la faculté de Médecine de Rennes-France

Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de France

Membre Associé de la Société Française de Cardiologie

DIU de stimulation Cardiaque - Université de Bretagne

Occidentale Brest

DIU d'Echocardiographie Adulte - Université de Bretagne

Occidentale Brest

DU de Cardiopathies Congénitales et Pédiatriques - Université  
Paris 7 Denis Diderot Paris

Le 07/03/2022

INPE : 041241415  
ICE : 002160756000044  
N° IF : 33620579  
N° CNSS : 1533643  
N° Patente : 55000656

### Note d'honoraires

Relative à la consultation cardiaque de Madame DEBBARH Sabah, né(e) le 13/05/1953, en date du 07/03/2022, s'élevant à trois cents dirhams.

✓ Cs cardiologie + ECG : 300,00 dirhams

Dr Jaouad SELHANE

Facture acquittée ce jour

دكتور  
الدكتور  
Dr Jaouad SELHANE  
 SELHANE  
 CARDIOLOGUE - RYTHMOLOGUE  
Technopôle 1, Lot. Founty, Bloc B, n° 205  
2<sup>e</sup> Etage Agadir - Tél. +212 528 22 49 28