

# 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.

## Radiologie 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

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.

11914

### Maladie

### Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8482 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOULGOUMRI MUSTAFA

Date de naissance : 1958103104

Adresse : même

Tél. 066N928624 Total des frais engagés : 2130.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 JUIN 2019

Nom et prénom du malade : Kandil Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Diabète type 2

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Anamnèse + Jaffa

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 : 15/06/2019

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01 JUIN 2022	2 - RS	1	200,7	Dr. Hassan Abdellah OMNIPRACTICIEN Echographie Clinique D.U. en DENTISTE 146, Rue Moulay Ismaïl - Casablanca (au dessus de la pharmacie El Baladia) Tel: 05.22.51.41.91
01 JUIN 2022	Amal	1	5	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ALAOUI MOHAMED HARMACIE MY ABDELLAH Rue 300, N° 98 - Ain Chock Hôpital Med Sekkat - Casablanca Tel: 05.22.21.73.64	22/06/22	1931,90

### 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
		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 :

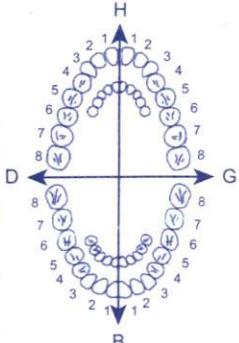
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

### ODF PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		



#### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

## OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie  
Diplôme universitaire en Diététique médicale et Nutrition

Diplôme universitaire en échographie clinique

Faculté de Médecine Montpellier France

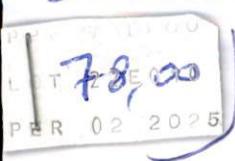
## ELECTROCARDIOGRAMME

Membre de la Société francophone du Diabète  
sur rendez - vous

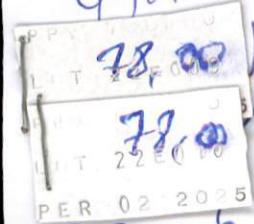
1631,90

dar el bissat, Casablanca, le..... 02 JUIN 2022

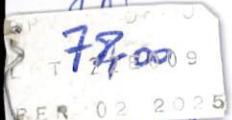
390,00 x 3



4790x3



78,00 x 6



78,10 x 24

ALAOUI  
PHARMACIE  
Rue 300, N° 93, 4<sup>me</sup> étage  
Hôpital Med Sekkal - Casablanca  
Tél: 05 22 21 11 94

Mme

Kandil

78,00  
x 24

163116

ana frni l w

78,00  
163116

78,00  
163116

78,00  
163116

## الطب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري

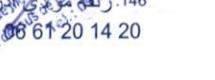
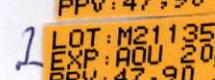
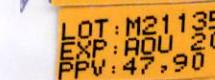
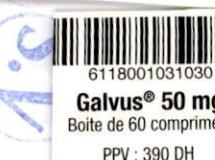
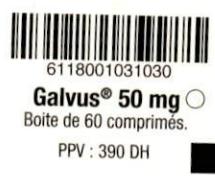
الطبية والتغذية

ص بالصدى

ليبي - فرنسا

في القلب

ية لمرض السكري



06 61 20 14 20 - 05 22 80 91 91 - المستجدات - الدار البيضاء - الهاتف : العيادة : 146

146, Rue Moulay Idriss, Hay Baladia - Casablanca - Tél.: C. 05 22 80 91 91 - Urgences : 06 61 20 14 20

E-mail : dr.chahid@gmail.com - ICE : 001784669000045