

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 *Mouratib*

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1726 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : MOUFRATIB - Abderrahim  
 Nom & Prénom : MOUFRATIB - Abderrahim  
 Date de naissance : 28/01/1955  
 Adresse : Rue 115, N° 18 Ain Settat  
 C.A.P : 29000  
 Tél. : 0661346824 Total des frais engagés : 0 + 181,30 Dhs

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/06/2022

Nom et prénom du malade : Hajjat Halima Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension Artérielle

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) :

*[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
21/06/2012	Acte		gratuit	Dr. Hind EL HACHEM Cardiologue Interventionnel 29 Bd. M. Idriss 1er - Résidence Ame Sibago . N° 4 CASABLANCA 02 80 20 74 - Fax: 0322 88 20 70 001628537000001

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
EXCELSIOR PHARMACY 11 Avenue Bagdad N°430 El Youcef - Ain Chock - Tél. : 0522 55 11 11	21/6/82	18130

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				DEBUT D'EXECUTION
				Cardiospirine 100 mg/30cps Acide acétylsalicylique P.P.V. : 27,70 CH. Bayer S.A.
				 6 118001 090280
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	
				MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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 Hind EL FILALI ADIB**

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Readaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

اعادة التأهيل الكلبي

**21 juin 2022**

**Mme HARIT Halima**

*15360*  
**CO VEPRAN 300/25 mg, Comprimé Pelliculé**

1 comprimé par jour, pendant 1 Mois  
LE MATIN

*eff 1*  
**CARDIOASPIRINE 100mg , Comprimé**

1 comprimé par jour, pendant 1 Mois  
LE MIDI

**REGIME PAUVRE EN SEL**

**سبعينية اليماني**  
**PHARMACIE EL YACOUT**  
Avenue Baghdad N°43 Quartier  
El Yacout - Ain Chock - Casablanca  
Tél. 0522 50 76 39

**Dr. Hind EL FILALI ADIB**

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

120, Bd. My Idriss 1er- Résidence My Idriss  
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA  
Tél: 0522 86 20 74 Fax: 0522 86 20 75  
ICE : 001625537000091