

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0777 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : AMMOR MOHAMMED

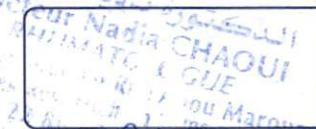
Date de naissance : 30 Novembre 1946

Adresse : 23 Rue Golfe du Bengale Ain Diab CRASA

Tél. : 0661340776 Total des frais engagés : 70.000 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/04/2022

Nom et prénom du malade : AMMAR Mohamed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance cardiaque

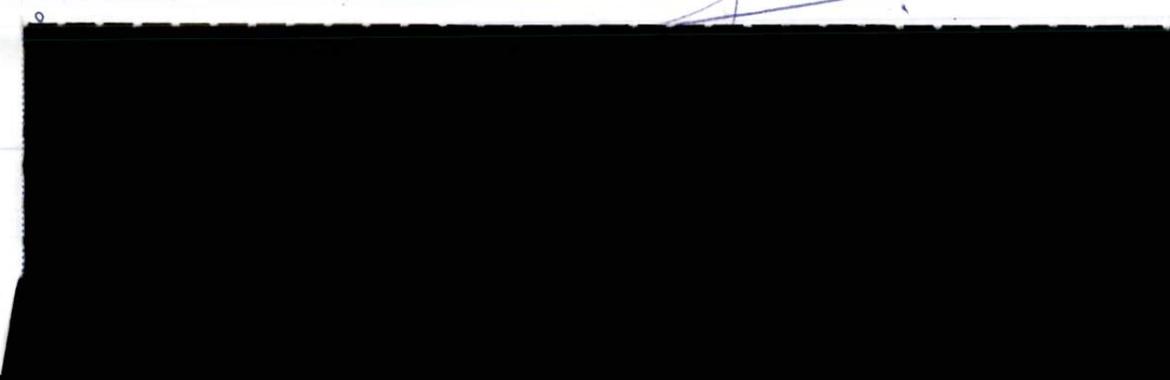
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 22/04/2022

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 Paiement des Actes
21/04/22		2	20000	HAOUI Moumen Rés. Hiltan Marouan Zemmour Elzay Assabri

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>INPE</b>	22-04-2022	206,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 :**

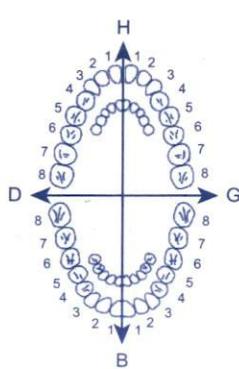
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRE

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAILIX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

# DOCTEUR Nadia R. CHAOUI

## RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des Os, des Articulations,  
des Muscles et de la Colonne Vertébrale  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Montpellier (France)  
Ancienne Anochée des Hôpitaux de Montpellier

## الدكتورة نادية الشاوي

إختصاصية في أمراض  
الروماتيزم - العظام - المفاصل  
العضلات و العمود الفقري  
خريجة كلية الطب بمونبلييه (فرنسا)  
طبيبة ملحقة سابقاً بمستشفيات مونبلييه

Casablanca, le : 20.04.2022 الدار البيضاء، في:

h. AMMOR Mohamed

89, 80  
29, Cellebrez Lee wyp (2040)  
sp/ 1, 20  
37, 40  
20, Daxol S.V.  
28, 80  
3. NIANEV Riz S.V. Pur  
38, 40 sp 21  
40, OMEGEN S.V.  
13, 20 1601  
50, Ah Gil S.V.  
206, sp ee ws de dulcer.

دوائية الدار البيضاء  
HARMACIE DE CASABLANCA  
160, Bd El Mahatta - Casablanca  
Tél: 05 22 80 09 70

شارع عبد المؤمن - زنقة أبو مروان عبد المالك - إقامة هشام - الطابق الثاني - رقم 5 - الدار البيضاء  
Docteur Nadia CHAOUI  
RHUMATOLOGUE  
Bd. Abdelmalek Rés. Hicham Zemmour  
Abdelmalek Rés. Hicham Zemmour Etage 2  
Tél: 05 22 86 45 87 - Casablanca

شارع عبد المؤمن - زنقة أبو مروان عبد المالك - إقامة هشام - الطابق الثاني - رقم 5 - الدار البيضاء  
Bd. Abdelmalek Rés. Hicham Zemmour Etage 2 - Casablanca

المحمول: GSM: 06 67 04 75 53 - هاتف العيادة: Tél Cabinet: 05 22 86 45 87

13,80



PPV  
LOT  
PER



28,80

7,2

DUOXOL 500mg/2mg  
20 comprimés

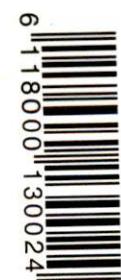


37,00

DUOXOL 500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés

89,00  
P10002678

OMEGEN® 20 mg  
14 gélules



INPHARMA

38,00

