

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : 1688

Société : ROM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OBEID MUSTAPHA

Date de naissance :

01/03/52

Adresse :

4, Rue El Ghadfa App 5 Maârif  
Casab

Tél. : 0661065033

Total des frais engagés : 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/12/1952

Nom et prénom du malade :

OBEID MUSTAPHA Age : 1952

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CRA

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 : Casa Le : 29/08/22

Signature de l'adhérent(e) :



**Déclaration de Maladie**

Nº M21- 0051789

### 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
26.08.2011	ERIECG		25000	<p>Dr. BENNIS Rachid Anesthésiste - Réanimateur 43 Bd Rachid Khlifi 0510266333</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(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

**Dr Mouhssine D'KHISSY**

**Ophthalmologiste**

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

Echographie – Angiographie – Laser



**الدكتور الدخيسى محسن**

**طب العيون**

أستاذ مساعد سابق بستشفى ابن رشد

**الدار البيضاء**

**أمراض و جراحة العيون**

Casablanca, le

*20 JUIL. 2002*

Cher Confrère ,

Je me permets de t'adresser MR OBEID MUSTAPHA  
pour examen pré-anesthésique ,  
Patient devant se faire opérer de CATARACTE OG  
sous anesthésie locale .  
Confraternellement.

*Dr. Rachid BENNIS*  
43, Bd. RACHID BENNIS - CASA  
Tél : 0522 28 48 36 / 37

*Dr Mouhssine D'KHISSY*  
Ophthalmologiste  
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage  
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88  
CASABLANCA



**CLINIQUE RACHIDI**  
oto-neuro-ophtalmologie

**NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE  
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
OPHTALMOLOGIE  
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE  
LASER C O2-ARGON-YAG  
SCANNER SPIRALE  
IMPLANTATION COCHLEAIRE  
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE**

24.08.22

- جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري
- جراحة الأذن والأذن والحنجرة
- جراحة الوجه والعنق
- جراحة أمراض العيون
- الإشعاع الطبي والجراحي
- جهاز الليزر
- جهاز السكانير الجسماني الكلي
- زرع فوهة الأذن
- التخدير والتحليلات

091086633

## NOTE D'HONORAIRES

**Dr. BENNIS Rachid**  
Anesthésiste - Réanimateur  
43 B1 Rachidi - Casablanca

Le Docteur

a l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

M OBEID MUSTAPHA

et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires, pour un acte coté :

CRA

Soit la somme de :

*CLINUS* 1970  
Bretschneider 1970  
Tetra 1952 294830151  
Acleptus

250,00

DHS

cachet et signature  
**Dr. BENNIS Rachid**  
Anesthésiste - Réanimateur  
43, Bd. Rachidi - Casablanca

**43, Boulevard RACHIDI - CASABLANCA**  
TÉL.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/37  
**Fax : 05 22 22 03 57**



43: شارع الراشدی - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/3  
الفاكس : 05 22 22 03 57