

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Matricule : 2587

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SARHANI Khadija

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 49 62 28

Total des frais engagés : 1024,40 Dhs

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/09/22

Nom et prénom du malade : SARHANI Khadija

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : TR MELUR

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) :



## **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
13/09/2022		CS	500 dt.	 Dr. Hassan Hassi - Professeur d'urologie Tel : 05 22 89 10 84 91032458

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	13/09/82	 

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from a front-on perspective. The teeth are arranged in two rows: upper and lower. Each tooth is assigned a number from 1 to 8, representing specific dental positions or landmarks. The numbers are distributed as follows: the upper row has teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8; the lower row has teeth 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, and 1. The arch is oriented with a vertical axis pointing upwards (labeled 'H' at the top), a horizontal axis pointing to the left (labeled 'D' on the left), and a diagonal axis pointing downwards and to the right (labeled 'B' at the bottom).

### **(Création, remont, adjonction)**

VISITE ET SAVOIR DU PRATICIEN AFFECTANT LE REVISEUR

#### VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilhame SLASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



الدكتورة إلهام السلاسي الشرابي

أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ

جامعة الحسن الثاني

كلية طب وجراحة العصبي

LOT 220755  
EXP 06/2025  
PPV 98.30 DH

LOT 220754  
EXP 06/2025  
PPV 98.30 DH

13/09/2022

Casablanca, le .....



MME SARHANI KHADIJA

98.30 x 2

- Athymil 30 mg - comprimé pelliculé  
1/2 Comprimé, soir, après les repas, pendant 2 mois

- No-dep 50 mg - comprimé  
1/2 Comprimé, matin, pendant 15 jours puis 1 Comprimé, matin, pendant 2 mois



201, 120, 110, 100, 90, 80, 70, 60, 50, 40, 30, 20, 10, 0  
Dr Zakaria SAIB  
SARL - AU  
PHARMACIE SAIB

PHARMACIE SAIB  
SARL - AU  
Dr. Zakaria SAIB  
154 Bd Oued Daouira  
El Azhari - Oukha Casab  
Tél 05 22 91 16 54

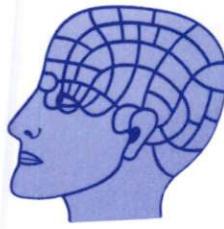
Dr Ilhame SLASSI  
Professeur de neurologie  
37, Rue Hassan Hay Hana  
Casablanca - Tel : 22 89 10 84  
INPE : 91032458

LOT: 378  
PER: FEY 2024  
PPV: 201 DH 00

LOT: 367  
PER: JAN 2024  
PPV: 126 DH 80

**Docteur Ilhame SLASSI CHRAIBI**

Professeur de Neurologie



**الدكتورة إلهام السلاسي الشرابي**

أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ  
وأمراض الجهاز العصبي

13/09/2022

## Note d'honoraire

Mme. SARHANI KHADIJA

Pour une consultation spécialisée : 500 DH.

**Signée par : Pr I.SLASSI**

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Dr. Ilhame SLASSI". Overlaid on the signature is a blue cursive note containing the following text:  
Professeur de neurologie  
37, Rue Hassan Hay Elhana  
Casablanca - Tel : 05 22 89 10 84  
INPE : 91032458