

# 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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6034 Société : R.A.M MUPRAS  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : DOUAMA NOSTAFIA  
 Date de naissance : 20/07/1958  
 Adresse : AL KHOURA 7 imm 10 APT 5  
LISSASFA CASABLANCA  
 Tél. : 0661447351 Total des frais engagés : 350 + 227 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Docteur K. EL ALJ  
 NEUROPSYCHIATRE  
 70 Bd. Zekkouri Apt 8-Casa  
 Tel: 0522 22 23 31 / 0522 47 25 85

Date de consultation : 12/12/2022

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

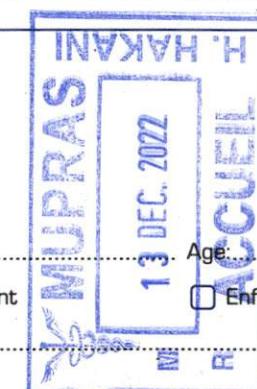
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

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 : 12/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : Y-P



## 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
12/12/1998	163	859	350,00	Docteur J. NEMPOU 70, Bd de l'Observatoire 94 627 22 23 31 0522 41 00

RAIRES

Cachet et signature du  
attestant le Paiement du

Docteur S.  
TEPHONIC 23 31 0522 41

## EXECUTION DES ORDONNANCES

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
		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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-8), upper right (9-16), lower left (17-24), and lower right (25-28). A vertical axis labeled 'H' is positioned at the top, pointing upwards. A horizontal axis labeled 'D' is on the left, pointing to the left. A horizontal axis labeled 'G' is on the right, pointing to the right. A vertical axis labeled 'B' is at the bottom, pointing downwards. The teeth are represented by small circles with numbers, and the axes are shown as arrows.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid. El Ali

Psychiatre - Psychanalyste

الدكتور العلم

أخصائي في الأمراض النفسية

محل نفسي

Casablanca, le

12/12/2022

MONSIEUR MOSTAFA DOUMA :

113,50 x 2 1 - MEDIZAPIN 2,5 MG. CMP. :  
227,00 1 cmp. le soir.

TRAITEMENT POUR 60 JOURS.

10/10/23 à 16h00



Docteur K. EL ALI  
NEUROPSYCHIATRE  
70, Bd. Zerkouni Appr 8-Casa  
Tél: 0522 22 23 31 / 0522 47 25 85



Portable du Cabinet : 06 15 640 140