

# 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

- Reclamation : 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.

**MUPRAS** : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

M22- 0043920

Optique **141362**  Autres

Maladie  Dentaire

Code réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : **2145**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **EL HADDAO NAKHAL**

Date de naissance : **01/06/1952**

Adresse : **HAX CHEKK LAMEADÉL** *Dr. Mohamed Abdellatif* *16 Av. Ibn Khaldoun - Salé - Tel: 05 22 22 78 13 - GSM: 05 22 22 78 13*  
**nc 15 SALÉ**

Tél. **0665456405** Total des frais engagés : **322,90** Dhs

## Code réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Mohamed Abdellatif*  
16 Av. Ibn Khaldoun - Salé - Tel: 05 22 22 78 13  
GSM: 05 22 22 78 13  
Email : drmohamedabdellatif@gmail.com

Date de consultation : **14/12/2022**

Nom et prénom du malade : **A 323** *Amine* Age : **69**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Gout**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 14/12/2022**

Signature de l'adhérent(e) : *Amine*

*7 DEC. 2022*

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/10/13	CS		27000	<i>Monte Khaouda A. S. M. 10/10/13</i>
				<i>Monte Khaouda A. S. M. 10/10/13</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DOUAE 14/11/2022 006479	14/11/2022	72.90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

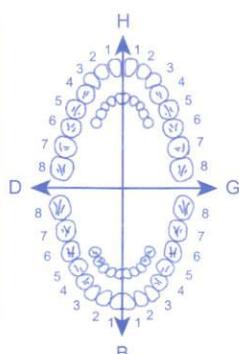
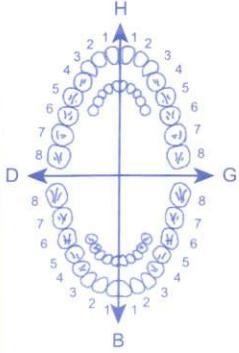
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

# Dr Mohammed Amine MAHDI

Médecin spécialiste des os, articulations et la colonne vertébrale  
Ostéoporose-Biothérapie  
Echographie ostéo-articulaire  
Diplômé de la faculté de médecine de Rabat



الدكتور محمد أمين مهدي

طبيب أخصائي في أمراض العظام واللمفاس

والعمود الفقري

هشاشة العظام-العلاج بالأدوية البيولوجية

الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بالرباط

Salé, le : ..... 14/10/14 سلا في :

Mme AMINA AZIZ

14,60

43.70

14,60 1) ARTYX 15 mg: 1 - 0 - 0 x 10 jours ( 581,40 )  
2) DOLOSTOP 1000 MG, Comprimé : 1 - 0 - 1 x 10 jours

22.90



14,60

Dr. Mohammed Amine MAHDI  
RHUMATOLOGUE  
16 Av. Ibn Khaldoun 1er Etage Apt. N° 2  
Bab Mrissa - Salé - Tel: 05 37 88 13 30  
GSM : 06 97 56 19 71  
E-mail : drmahdimedamine@gmail.com

43,70

16, شارع ابن خلدون، الطابق الأول، الشقة 2، باب المريسة - سلا

16, Avenue Ibn Khaldoun, 1er étage, Appt N°2, Bab Lamrissa - Salé

Fixe : 05 37 88 13 30 Mobile : 06 42 94 51 19 Email : Drmahdimedamine@gmail.com