

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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 : 12568

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ES SATTI HOUSSAM

Date de naissance : 27/04/87

Adresse : RIAD AL ANDALOUSIE MARBELLA 3 1MM59

Appart. 20 HAY RIAD RABAT

Tél. : 0678490701 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/12/2023

Nom et prénom du malade : Dr. Bella Iliy J. P. Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ESTR

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
30.12	M		400,-	
	TCF			TAHILOU Mohamed Gynécologue 13 Rue SELAÏD Casablanca 13000 01

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

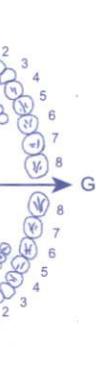
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mohammed Nabil LAHLOU**

**Gynécologue Obstétricien**

**Chirurgie Gynécologique et Mammaire**

**Chirurgie Endoscopique**

**Stérilité du Couple ( FIV- ICSI )**

**Microchirurgie Gynécologique**

**Ancien Enseignant à la Faculté**

**de Médecine de Casablanca**

**Ancien interne de CHU**

**Titulaire du Diu des Maladies du Sein  
de la Faculté de Strasbourg**



**الدكتور محمد نبيل لحلو**

**اختصاصي في أمراض النساء والتوليد**

**الجراحة النسوية و جراحة الثدي**

**الجراحة المنظرية**

**المساعدة على الإنجاب**

**أستاذ مساعد سابق بكلية الطب**

**حاصل على شهادة الإختصاص في**

**أمراض الثدي من كلية استراسبورغ**

Casablanca, le 30 XII 2021

Mme Belenih Tihane

Foco cardiográveo frontal

400, ~ dL

Clinte chd

الدكتور محمد نبيل لحلو  
Docteur LAHLOU Mohammed Nabil  
Spécialité en Gynécologie Obstétrique  
et Maladies des Seins  
12 Rue Saint Beuve Appt. 13 Rés BELAIR - Casablanca  
Tel : 0561 30 89 01

12, Rue Sainte Beuve - Appt. N° 13, 1<sup>er</sup> étage - derrière la Clinique Riviera - Casablanca

E-mail : medmad59@hotmail.com - Tél.: 05 22 98 83 22 - GSM : 06 61 30 89 01

ICE : 001628992000023 - IF : 42204344 - INPE : 091089797

212301733

27/20/22

6:19  
/min

-20 BPM

12

10

8

6

4

2

0

kPa

200

180

160

140

120

100

80

60

200

180

160

140

120

100

80

60

200

180

160

140

120

100

80

60

200

180

160

140

120

100

80

60

ID: 2212301733  
Nom:

30/12/2022

17:55:58

3 cm/min

FHR2: -20 BPM

12

10

8

6

4

2

0

kPa

069

F9-P 01.57.75114-12

070

F9-P 01.57.75114-12

071

F9-P 01.57.75114-12

072

F9-P 01.57.75114-12

