

# 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

- 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.

M22- 0029502

MUPRAS  
RECEPTION 9

144713

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1367

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DBALI Abdenebi

Date de naissance :

1952

Adresse :

FRAH 21 2 e Taga

Tél. 0661862867

Total des frais engagés 763,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04.01.23

Nom et prénom du malade : DBALI Abdenebi Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Effacement urinaire (fuit urinaire + infectio...)

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 : Denain Le : 04.01.23

Signature de l'adhérent(e) : DBALI

#### **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
17-01-23	C2	01	300	<i>Docteur S. H. B. En Anesthésie INPE : 091143545</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE D'INPE : 06 20 74 810	04/01/23	163,00

INPE : 06 20 74 810

#### **ANALYSES & RADIOPHYSIES**

ANALYSES & RADIOGRAPHIES			
Chèque et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICALS

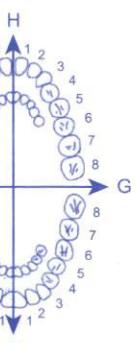
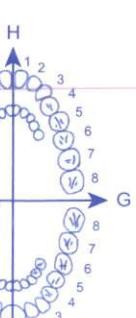
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur CHAHBI Hilda

Spécialiste en Anesthésie

Reanimation

Diplômée de la Faculté  
de médecine et de  
Pharmacie de Casablanca

- Urgences cardiaques

- Pulmonaires

- Cérébrales

- Diabète



Dr. Hilda CHAHBI

الدكتورة شهبي هلدا

أخصائية في الإنعاش

والتخدير

خريجة كلية الطب

و الصيدلانية بالدار البيضاء

. مستعجلات القلب

. الجهاز التنفسي

. الدماغ

. السكري

Nom : .....

Date : 04 01 23

DBA h° Abdenechir

68,60x2.

- Insipots

1px2/5

pd 1 mois

- offeken

1g x2/5

pd 8 jours

- TREZEN

1/4g / 1 ml

1 mois

- Doxymicine

INPE : 06 2014 810

- STREANAG

1/2g / 1 ml

DR. HABIBI NAIT IMMEUBLE 85 APPARTEMENT N°1 1<sup>er</sup> ETAGE DEROUA  
TÉL : 05 22 03 70 71 EMAIL : hchahbi@yahoo.fr GSM : 06 68 99 40 99

Dr. Hilda CHAHBI  
دكتورة شهبي هلدا  
Spécialiste En Anesthésie-Reanimation  
INPE : 091143545

تجزئة النايت عمارة 85 شقة 1 الطابق الأول الدار البيضاء

Lotissement Nait Immeuble 85 Appartement N°1 1<sup>er</sup> etage Deroua Casablanca

Tél : 05 22 03 70 71 Email : hchahbi@yahoo.fr GSM : 06 68 99 40 99

LOT 221392 1  
EXP 05 2025  
PPV 62.50

LOT 221392 1  
EXP 05 2025  
PPV 62.50

PRÉSCRIPTION

1 par jour à prendre avec un verre d'eau.  
Panne de 30 jours renouvelable plusieurs fois  
l'année.

PPC: 98,000 DHS  
LOT: 22003  
FAB: 07/2022  
EXP: 07/2025

L'accord de l'ONSSA: CAPV.13.134.20  
L'enregistrement du ministère



DOXYMYCINE 200 mg 10 comprimés  
dispersibles

PPV 70DH00 EXP 06/2024  
LOT 21022 1

LOT 222601  
EXP 08 24  
PPV 170.00 DH

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

