

# 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

- |                                                        |                       |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6865 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HABIBI SMOUD

Date de naissance : 10/01/1966

Adresse : 15 RUE JABRÉ HABRI RIVIERA  
CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : 465,70 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/12/2022

Nom et prénom du malade : Haddou Hafid Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Rhinopharyngite - Feintanémie

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 : Casablanca Le : 25/12/2023

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
13/12/22	C		150,00	Dr. DÉGOUY Médecin de famille Immeuble 1000 103, Avenue de la Gare 75012 Paris Signature : Dr. DÉGOUY Date : 13/12/2022
30/12/22	C		150,00	Dr. DÉGOUY Médecin de famille Immeuble 1000 103, Avenue de la Gare 75012 Paris Signature : Dr. DÉGOUY Date : 30/12/2022

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. ABDERRAHIM HABIBI Pharmacie RESIDENCE NADIA Centre Commercial Nadia Bd. Bourguiba 28 Tunis 13772 Tunisie	13/12/89	23,47-
Dr. ABDERRAHIM HABIBI Pharmacie RESIDENCE NADIA Centre Commercial Nadia Bd. Bourguiba 28 Tunis 13772 Tunisie	05/11/93	81,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.

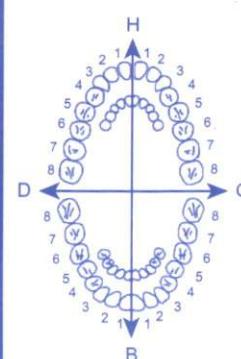
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHÉSES DENTAIRES</b></p>	<p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;"><b>D</b>      <b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>B</b></p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b> <b>G</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<p><b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
<b>D</b> <b>G</b>												
00000000	00000000											
35533411	11433553											

# Docteur DEBBARH Laïla

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Rabat

## MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imin. 3  
Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)  
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98.22.57

الدكتورة الدباغ ليلى  
خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالرباط  
الطب العام

إقامة نادية - المركز التجاري - عمارة 3  
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)  
0522 98.22.57  
المعاريف، الدار البيضاء. الهاتف :

Casablanca, le 13/12/22



Haddou Hatim

60,- - A2  
1cp à Mi

1780 Daxen q  
1cp x 3

519,- Alora 5 mg  
1cp les x 16

20,- Febrex 500 mg  
Asach x 2

55,- Ex tract  
234,- 1cp le matin



PPV:

EXP:

Lot N°:

43780

(2.7)

# Docteur DEBBARH Laila

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Rabat

## MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imm. 3  
Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)  
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98.22.57

الدكتورة الدباغ ليلى  
خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالرباط

## الطب العام

إقامة نادية - المركز التجاري - عمارة 3  
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)  
0522 98.22.57 المعاريف. الدار البيضاء. الهاتف :

Casablanca, le 20/12/22

40,50x2 Haddou Hélium

- Tardyferon 80 (2B) 00 Fumaffer

1cp/5 x 2

IS

J= 40,50x2

Docteur DEBBARH L.  
Médecine générale  
Centre Commercial Nadia - Imm. 3  
Route d'El Jadida - N° 3  
Tél. : 05 22 98 22 57

