

## 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.

N° W21-771254

AS3907

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8751		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL HASSANI ABDELLAH
Nom & Prénom : EL HASSANI ABDELLAH			
Date de naissance : 27.10.1965			
Adresse : 6. RES WARDA APT 7 WAFAZ, OULFA CASABLANCA			
Tél. : 0666871065		Total des frais engagés : 850,60 Dhs	

Autorisation CNIDP N° : A-A-215/2015	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  Dr. HEFFOUDHI M. Gastro-Enterologue n. 12 Rue Reaumur Résidence : Bd. Abdelmoumen, Quartier des Hôpitaux CASABLANCA - Tél. : 05 22 20 45 45		
Date de consultation : 19.10.21	2023	EL HASSANI ABDELLAH	Age: 57 ANS
Nom et prénom du malade :		Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : 80178 MUPRAS			
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 : 14.03.2023

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
12/01/2023		12	300,00 €	INP : 1091074921 Dr. HEFFOUDHI-M Gastro-Enterologue Résidence Médical 12 Rue Reaumur 75001 Paris Hôpital Saint-Louis
09/02/2023		12	300,00 €	INP : 1091074921 Dr. HEFFOUDHI-M Gastro-Enterologue Résidence Médical 12 Rue Reaumur 75001 Paris Hôpital Saint-Louis

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b>			
	$  \begin{array}{r l}  25533412 & 21433552 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  \hline  D & G \\  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553 \\  \hline  B &  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohamed HEFFOUDHI

SPÉCIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF  
(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)  
ENDOSCOPIE DIGESTIVE  
ECHOGRAPHIE

الدكتور محمد حفظي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي  
الفحص بالمنظار الداخلي  
الفحص بالصدى

Casablanca le, 09/02/2023

Mr El Hassani Abdelilah



167,00 x 3  
Crestor 10 mg  
1 cp le soir durant 3 mois (pendant 3 mois)

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH



49,60  
D-cure Forte 100000Ui-1bte de 3  
1 amp buvable par mois (pendant 3 mois)



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH

Maphar  
Bd Alkimia, N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 167,00 DH



550,60



CASABLANCA - Tel: 05 20 01 04 05  
Bd. Abdelmoumen, Quartier des hôpitaux  
Résidence SAAD ALLAH, n° 12, rue Reaumur (Bd. Abdelmoumen), Q. des Hôpitaux - Casablanca  
GASTRO-ENTEROLOGIQUE  
Dr. MOUFOUDHI M.

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22I27  
EXP: 09/2025

بُلْبُل مَنْدَل

Solution huileuse buvable



دَبَابِشَةَ 100 000 جَمِيعِ الْمَنْدَلِيَّاتِ

بُلْبُل مَنْدَل

بُلْبُل مَنْدَل