

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- N° 004895

156073

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Y. Kouty Abdelmejjid

Date de naissance : 09.03.67

Adresse :

Tél. : 0611 899085 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Chaymaa ELOUAZ77  
Omnipraticienne, Echographe  
Résidence Ibn Khaldoun Portez  
App. N°2

Date de consultation : 11/03/2019 Tél : 0522 32 48 12

Nom et prénom du malade : Mme DOUAHE Senag Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Fatigue et Conjoint

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

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



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des Actes
17/03/2023	Ex cluq		150,20	Dr. Chaymaa ELLOUAZZANI Omnipraticienne, Echographie Résidence Ibn Khaldoun Port-2 App. N°2 Tél: 0522 32 48 12

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17/03/2023

150,20

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

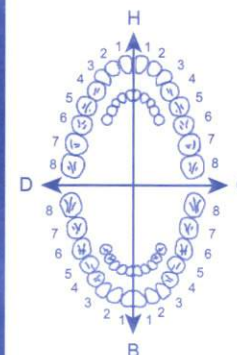
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## 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	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

**Dr. Chaymae ELOUAZZANI**

**Médecine Générale**

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Ex Médecin au CHU-Casablanca

Ex Médecin à l'Hopital Errazi-Berrechid

Ex Médecin à l'Hopital Med V-Safi

**الدكتورة شيماء الوازاني**

**الطب العام**

خريجة كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقا بمستشفى محمد الخامس باسفي



برشيد في ..... 17/03/23 ..... Berrechid ,le

M - DOUAHI Samra

79,50

① - Carbosyl

14 x 3/2

45,90

② - Triadyl

1 ph x 3 ph

24,80

③ - Difal

25

72450,20

Lot:  
À consommer de  
préférence avant le:  
PPC: 79,50 DH

220868  
11/2027

LOT : 8771  
PER : 06-27  
P.P.V : 45 DH 90

**DIFAL®**  
Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V : 14,80 DH  
6 118000 190332

إقامة ابن خلدون-الباب رقم 2 قرب صليبية المسجد -الشفة رقم 2 برشيد-الهاتف 05 22 32 48 12

Résidence Ibn khaldoun-poste 2 - Appt 2 N° 2 -Berrechid - Tél: 05 22 32 48 12

GSM : 06 62 14 34 32 - E-mail : elouazzanichaymae@gmail.com