

# 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.

M22- 0020578

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **F 04814 F**

Société : **R.A.M**

Actif  Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **MAJD**

**Mohamed**

Date de naissance : **01.01.1956**

Adresse : **Sidi Bernoussi Hay EP qads Résidence EP Fojr  
Imme. F N° 2 casa**

Tél. : **06 78 99 43 62** Total des frais engagés : **F 463,4 F** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



- 1 AVR. 2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Date de consultation : ..... / ..... / ..... Nom et prénom du malade : **MAJD m.e** Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Age : .....

Enfant

Nature de la maladie : .....

**aff obstrue**

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 : **Casa**

Signature de l'adhérent(e) : **MAJD**



**ACCUEIL**

**2023**

## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 1 AVR 2023      | C                 | (1)                   | 150 m.                          | DET BELKOUK HASSAN<br>ECHOGRAPHIE - DENTISTE<br>142, Rue Natour Hay El Qods<br>Casablanca<br>Tunisie 10522 750738 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| DET BELKOUK HASSAN<br>ECHOGRAPHIE - DENTISTE<br>142, Rue Natour Hay El Qods<br>Casablanca<br>Tunisie 10522 750738 | 01.04.23 | 319.40                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

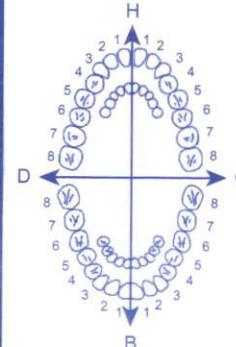
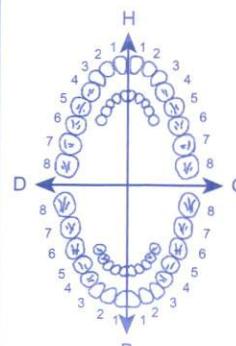
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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           |
|---|---|--|--|-----------------------------------|
|    |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE         |  |  | MONTANTS DES SOINS                |
|  | H   | 25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D ————— G<br>00000000   00000000<br>35533411   11433553<br>B | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
|   |   |  |  |                                   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |  |  | DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION |

Docteur Hassan BELKOUK

Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Diplômé D'echographie  
Générale de la F. M. C

Diplôme d'Expertise  
Médicale de la F. M. C

MEDECINE GENERALE

Tél: 05 22 75 07 38

الدكتور حسن بلوك

خريج كلية الطب بالمركز الجامعي  
ابن رشد بالبيضا،

دبلوم الفحص بالصدى كلية  
الطب بالبيضا،

دبلوم الخبرة الطبية  
كلية الطب بالبيضا،

الطب العام

الهاتف .ع : 05 22 75 07 38

Casablanca ,le : ..... - 1 AVR. 2023

البيضا في

MAJ

Mew

102.00

3/07/2023

S.V

13.80 ١٣٠٨

٤ Hepo not ٤

S.V

٢٣٩٤٠

67.50

٣ AUS ٥٥٠ ٣

S.V

46.90 ٤٦٩٠

٢١

S.V

٤/ Acheter ٤

Dr. BELKOUK Hassan  
ECHOGRAPHIE - OMNIPRACTICE  
144, Bd. Nabouls Hay El Qods  
Sidi Bernoussi - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 75 07 38

S.V

١٤٤ ٢٥٢ ٧١ ٢١

شارع نابلس الرقم 144- حي القدس - سيدى البرنوسي - الدار البيضاء

Boulevard NABOULS N°144, Hay EL QODS - Sidi Bernoussi - CASABLANCA

PPV 14 DH 60  
PER 11/25  
LOT L3838

بيانات  
قرص 40

A consommer de  
préférence avant fin :  
Lot n°

73.80 DH

09/2025  
Y269M

Via dell'  
Importa a/  
Bel

PPV 14 DH 60  
PER 11/25  
LOT L3838

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)  
PPV 46.90 DH SOTHEMA



6 118001 070015

87/50

LOT:220327  
PER:06/2027  
PPV:102.00 DH