

# 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.

**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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3263 Société : 158547

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hanchache Bouchaib

Date de naissance : 01/01/1957

Adresse : Hay Hassani

Tél. : 06 49 - 50 - 61 - 93 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/03/2023

Nom et prénom du malade : Hanchache Bouchaib Age : .....  
DR. J. O. P. A. S. T. E. A. 2ème étage. 2013

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Catarrhe

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....  
DR. J. O. P. A. S. T. E. A. 2ème étage. 2013

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....  
DR. J. O. P. A. S. T. E. A. 2ème étage. 2013

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 : ..... / ..... / .....  
DR. J. O. P. A. S. T. E. A. 2ème étage. 2013

Signature de l'adhérent(e) : .....  
DR. J. O. P. A. S. T. E. A. 2ème étage. 2013



#### RELEVÉ 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
13/08/23	CS		300DH	DR. JIHAD OPHITALMISTE Le Dr Sidi Abderrahmane El JIHAD est certifié que le Dr JIHAD a été payé pour la consultation et la prescription de l'acte d'azurour Entrée A. - Appt 2. 03 / Tel: 06320986757 / 0614309823

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie</b> <b>Dr. MENJED</b> <b>Angle Bd. Ibnou Hay Hasssan et Casablanca</b> <b>Tel. : 05 22 89 58 05</b>	13/03/23	604,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
PROTHESSES DENTAIRES				

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Diplômée des universités de Tours -Casablanca  
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie réfractive) DPC London-uk  
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris  
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

خرسanche كلية الطب "تور" و "الدار البيضاء"  
الزرق-السد-السكري-تصحيح النظر  
طبية سابقة بمستشفى 20-15 باريس  
طبية سابقة بمستشفى الحسني

13 mars 2023

Mr. HARCHACHE Bouchaib

80,00 x 2

NAVITAE: collyre



1 goutte 2 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois  
148,00 x 3

VITAMIX VISION



1 gel / j , pendant 3 Mois

T = 604,00



Dr. MENEJRA  
Pharmacie MENEJRA  
16, Angle Bd. Ibnou Sinaa Rue A  
Hay Hassani Casablanca  
Tél. : 05 22 89 50 05

Dr. JIHAD SAFAA  
Angle bd Sidi aberra  
mane et bd abdelhadi Boutaleb  
ex route d azemour Entrée A . Apt 3.2  
Casablanca Tél. 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28



زاوية شارع سيدى عبد الرحمن و شارع عبد الهادى بوطالب (ازمورة سابقا ) ، مدخل أ, الطابق 2 . شقة 3

Angle bd Sidi aberra et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d azemour). Entrée A . Apt 3.2 eme étage.

[cabinet.drjihad@gmail.com](mailto:cabinet.drjihad@gmail.com) 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28