

# 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1348L

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bentmoud Abdellah

RAM

AB6512

Date de naissance :

51/01/1991

Adresse :

Famzor Rbae 11 Rue c case

Tél. : 0661130867

Total des frais engagés :

454,50

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

20/05/2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Dejjev Aicha

Age : 21

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Business Conference

Business Conference

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 : case

Le : 20/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

A

## **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
27/03/2023	CS		300 Dhs	INTEGRAL MEDICAL CLINIC 30 N° 9 Ain Sebaâ - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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'ODT.

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"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">i</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	i	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
i	B																		
				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

**Docteur Naima Ait Bella**  
Spécialiste en Hépato-Gastro  
Entérologie

- Ex Médecin interne au CHU ibno Rochd Casablanca
- Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie.

- Hépatologie
- Maladies de l'estomac et de l'intestin
- Proctologie Médico - Chirurgicale
- Endoscopie Digestive
- Echographie Abdominale.

Casablanca, le : 20/07/23 ..... الدار البيضاء في:

Dr. Naima AIT BELLA  
GASTRO-ENTEROLOGUE  
Business Center Angle Bd. Ahmed Mekouar et Allée de la Plage 1<sup>er</sup> Etage  
Appt. N°9 Ain Sebaa - Casablanca

1) Fortam sachet  
14h → 23h

i) sachets de 200ml d'eau  
à prendre le matin de l'après

2) Cholestaz 8g  
14h → 23h

2g à 14h

2g à 17h

T = 154g 2g à 22h



الدكتورة نعيمة أيت بلال  
أخصائية في أمراض الكبد  
و الجهاز الهضمي

- طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء
- عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

- أمراض الكبد
- أمراض المعدة والأمعاء
- أمراض وجراحة الشرج وال بواسير
- الفحص بالمنظار
- الفحص بالصدري

PHARMACIE LAYALI  
alla Berrechid CHASBOUBA  
Doctorat en Pharmacie  
LAYALI 2 N° 88 Berrechid  
TEL: 05 22-32-42-30



PHARMACIE  
alla Berrechid CHASBOUBA  
Doctorat en Pharmacie  
LAYALI 2 N° 88 Berrechid  
TEL: 05 22-32-42-30



Vendredi

DR. NAIMA AIT BELLA  
GASTRO-ENTEROLOGUE  
Business Center Angle Bd. Ahmed Mekouar et Allée de la Plage 1<sup>er</sup> Etage  
Appt. N°9 Ain Sebaa - Casablanca

Angle Bd Ahmed Mekouar et Rue de la Plage (Place Ekaïfak)

Imm Best Business Center 1<sup>er</sup> Etage Appt N°9 Ain Sebaa - Casablanca

05 22 67 20 98 - Cabinet.naitbella@gmail.com

maphar

Boulevard Akhlaq n°8

Quartier Industrial Sidi Benouaïd Casablanca - Maroc

FORTRANS SAC 94

P.P.V. : 142,20 DH



6118001181209

LOT : W13975  
Exp : 05/2025

CONTALAX 5MG

CP B30



6 118000 010326