

# 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.

M22- 0059691

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	03396	Société :	RAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	68982
Nom & Prénom :		CHEDDADI ABDELLOUHA	
Date de naissance :		19.01.58	
Adresse :		16 LOT - NANDARONA Com. Sidi MAAROUF CASABLANCA 20270	
Tél. :		0673081381	
Total des frais engagés : _____ Dhs			

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	15/07/2023		
Nom et prénom du malade :	cheddadi abdelouhab. Age: _____		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	maladie des OS		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :	CRAB		
Signature de l'adhérent(e) :			
Le : 21/07/2023			

 MUPRAS

## 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
20/07/2023	4 Séances de Sclérothérapie	Vaines	4000 DH	DR. DENTAL DENTISTE DE FRANCE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## 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 :

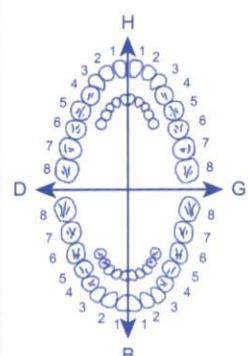
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		



### [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

**Dr SELMA BENMOUSSA**

**Angiologue - Phlébologue**

**Maladie des Artères, Veines et Lymphatiques**  
**Explorations Vasculaires par EchoDoppler**  
**Traitement des Varices par Sclérothérapie**

**Diplômée en Angiologie**  
**de la Faculté de médecine de Caen (France)**

**الدكتورة سلمى بنموسى**

عيادة تشخيص أمراض الشرايين والأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالإيكوودبلر والصدى الملون  
علاج الدوالي بالتحلية والحقن

**خريجة كلية الطب بكابين - فرنسا**



Numéro ICE : 001922463000042

Monsieur, CHEDDADI ABDLOUHAB

Casa, le 20/07/2023

**FACTURE**

Désignation	NOMBRE DES SEANCES	MONTANT
Séances de Sclérothérapie des varices des membres inférieurs	4 séances	4000dirhams

Arrêtée la présent facture à la somme de :

**Quatre Milles dirhams (4000,00)**

**DR.S.BENMOUSSA**

**Dr. SELMA BENMOUSSA**  
**ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE**  
22, Bd. Yacoub El Mansour, N° 22  
Espace El Mansour, 2ème Etage, N° 22  
Tél. : 05 22 23 58 83 - CASABLANCA

**Dr SELMA BENMOUSSA**

**Angiologue - Phlébologue**

**Maladie des Artères, Veines et Lymphatiques**  
**Explorations Vasculaires par EchoDoppler**  
**Traitement des Varices par Sclérothérapie**



**الدكتورة سلمى بنموسى**

عيادة تشخيص أمراض الشرايين والأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالإيكو دبلر والصدى الملون  
علاج الدوالي بالتصليب والحقن

**خريجة كلية الطب بكابن - فرنسا**

**Diplômée en Angiologie**  
de la Faculté de médecine de Caen (France)

**NUMERO ICE :001922463000042**

**Casa, le 20/07/2023**

**MS CHEDDADI ABDELOUHAB**

## **Calendrier des séances de Sclérothérapie des varices membres inférieurs**

- 1<sup>ère</sup> séance : 07 / 06 / 2023
- 2<sup>ème</sup> séance : 21 / 06 / 2023
- 3<sup>ème</sup> séance : 05 / 07 / 2023
- 4<sup>ème</sup> séance : 20 / 07 / 2023

**DR. S.BENMOUSSA**

**Dr. SELMA BENMOUSSA**  
**ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE**  
22, Bd. Yacoub El Mansour  
Espace El Mansour, 2<sup>ème</sup> Etage, N° 22  
Tél. : 05 22 23 58 83 - CASABLANCA