

# RECOMMANDATION DES SOINS AU COURS

## ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Cadre de soins 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

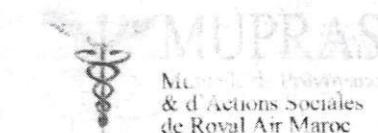
- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

# Déclaration de Maladie

N° W21-765503

169369

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom &amp; Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0664998144

Total des frais engagés

Harmony Andelmajd

312,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/01/2013

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

 Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

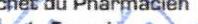


Autorisation CNDP N° : A-A-215/2013

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Muntant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/07/2013 22/07/2013	CS		3.000,00	INP : 05103114 Professeur Gérard CLOUTIER 2012-2013 Généraliste 23, CSN 06517 9/10/2013

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/07/2023	303,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

RELEVE DES FRAIS DE TRANSPORT

Le clinicien est près 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	INP : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>25533412 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td>00000000 35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		D	25533412 00000000	B	21433552 00000000	G	00000000 35533411	B	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H														
D	25533412 00000000													
B	21433552 00000000													
G	00000000 35533411													
B	11433553													
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد العزيز عيشان

أستاذ جامعي سابق بكلية الطب

و مستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الضيق وأمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج المناعي  
تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإلقاء عن التدخين

Casablanca, le : .....

17/07/2023

AMM N°: 284/17DMP/21/NNP

N° Lot:

2YU005

Fab. :

08/2022

Per. :

08/2024

P.V. 210.00 MAD (Dhs)

Ne pas dépasser la dose prescrite.  
نحوذ المقدار الموصى به.

6 118001 72914

LOT 211486  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

OEDES 20mg  
28 gélules

6 118001 100088

Professeur  
Abdelaziz AICHANE  
Pneumo-Allergologue  
40 Rue des Hôpitaux Casablanca  
Tél: 05 22 22 03 03 / 05 22 22 03 11  
Fax: 05 22 22 03 03



40, شارع المستشفيات، الطابق الأول، رقم 5 قبلة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء  
40, Rue des hôpitaux. 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

Té.: 05 22 22 03 03  
الهاتف :