

# 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.

M22- 0045797

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M231

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ADLANI My Abdellah

Date de naissance : 01/08/1967

Adresse :

Tél : 0661597722

Total des frais engagés : 171896 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hassan ATLAGH  
Médecine Générale  
1007 Av. 2 Mars Hay Mly Abdellah

Date de consultation : 21/07/23

Nom et prénom du malade : EL ADLANI My Abdellah Age : 66

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Legere hyperglycémie + HTA

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 : \_\_\_\_\_

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : EL ADLANI

## 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.

## 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      |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 2017/03/23      | C                 |                       | 2000<br>NET                     | Dr. Hassan<br>Médecine Générale<br>101 AV. 2 MARS 1000<br>Signature |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
|  | 21/7/20 | 448,16                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

A diagram showing a 7x7 grid of numbered circles. The grid is arranged with 7 columns and 7 rows. The numbers in the circles are: Row 1: 1, 1, 2, 2, 3, 4, 5; Row 2: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; Row 3: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9; Row 4: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; Row 5: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11; Row 6: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12; Row 7: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13. A large letter 'H' is positioned at the top center, and a large letter 'D' is positioned at the bottom left. A horizontal double-headed arrow is positioned below the grid, spanning from the center of the first column to the center of the last column.

## [Création, remont, adjonction] ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le:

Nom et Prénom :

الدكتور حسن أتلاغ

طبيب سابق بمستشفيات الكويت  
طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية بالغرب

الطب العام



21-7-23

الدار البيضاء في

El ADLANI Hay Abdellah

PPV: 159DH50

الميزو ترابي  
العلاج عن طريق صوان الأذن  
الوخر بالإبر بالطريقة الكورية والليابانية  
العلاج الطبيعي للتوقف عن التدخين

- Mesotherapy  
- Auriculotherapy  
- Acupuncture Koreenne et japonaise  
- Therapie naturelle pour cesser de fumer

دبلوم جامعي في التغذية  
Diplôme Universitaire en Nutrition

العلاج النفسي - علاج التقبيل والإلتزام  
Psychothérapie par ACT  
(Thérapie d'accéptation et d'engagement)

ادارة الضغوط النفسية  
خبير في إدارة الضغوط من باريس  
Gestion du Stress  
Expert en Gestion du Stress - Paris

159.50  
Bipreterax 10  
ACP/j  
03m30  
159,50  
Dr. Hassan ATLAGH  
Médecine Générale  
1007 Av. 2 Mars Hay Hay Abdellah  
0522 871 872 - الهاتف :  
1007, Av. 2 Mars Hay Moulay Abdellah - Casablanca - Tél : 872 871 0522  
E-mail : drhassan19863@gmail.com / www.asthme-reality.com

شارع 2 مارس حي مولاي عبد الله الدار البيضاء - الهاتف : 0522 871 872

1007, Av. 2 Mars Hay Moulay Abdellah - Casablanca - Tél : 872 871 0522  
E-mail : drhassan19863@gmail.com / www.asthme-reality.com