

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9019 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KADIRI OTTOMANI DR DERRAADANE

Date de naissance :

21-10-19

Adresse :

7 Rue Henry Dunlop Agt Yenoflage  
Casablanca

Tél. :

0668137735 Total des frais engagés : 331,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Farid SLAOU**

Rés. Benber Angle Avenue Stendhal  
et Rue George Sand Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 20 93 56

Date de consultation :

03/06/2009

Nom et prénom du malade :

KADIRI OTTOMANI AYA

Age: 14

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Naules Anomal + Varicose

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 : 10/06/2009

Signature de l'adhérent(e) :

Ch

#### **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  |
|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10<br>02<br>2023 | CR                |                       | 2000,-                          | INP : 0311130193<br><br>Dr. Farid SLAOUI<br>Rés. Benber Angle Avenue Stendhal<br>et Rue George Sand Maroc Casablanca<br>Tél. 0524 21 56 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date            | Montant de la Facture |
|---|-----------------|-----------------------|
| <b>CHARMACE</b><br>Angle Boulevard<br>et Allée du 11 Novembre<br>Tél.: 06 22 86 11 20 | <u>10/08/23</u> | <u>131,20</u>         |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

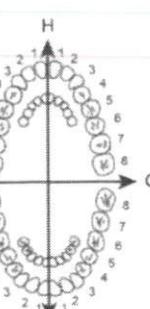
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                       | .....             |        |     |     |     | .....                              |

#### **RELEVÉ 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 | 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"/>                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| <b>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</b>   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|   | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> |                  |             | H   | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> |
| H  | 25533412  | 21433552         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| D  | 00000000  | 00000000         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| G  | 00000000  | 00000000         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
| B  | 35533411  | 11433553         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |  |
|  | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                  |             | <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



Spécialiste en médecine du travail

Médecin Omnipraticien

Diplômé en Echographie (Université de Paris)

Diplômé en médecine aérospatiale (Université de Paris)

Expert Assermenté près les tribunaux

أخصائي الطب المهني

طبيب عام

دبلوم في الموجات فوق الصوتية (جامعة باريس)

دبلوم في طب الطيران (جامعة باريس)

خبير محلف أمام القضاء

Casablanca le :

10/08/2023 الدار البيضاء في

Kassie stendal Sepe

40,80

Nohleee sih

1 celi

A.S

LOT : 017  
PER : 03/2025  
MOTILIUM 1MG/ML  
SUSP BUV FL 200 ML  
P.P.V : 40DH80

6 118800 011840  
Barcode

16,40

Nelafix 80

1g x 2

A.S

LOT : M22090  
EXP : MAY 2025  
PPV : 16,40 DH

ANNUAL  
2286/11/20  
Casablanca

74,-

Voltaceee style 25

1 type 6 +

90  
د.م

Barcode  
6 111269 052003 >

Dr.  
Rés. Benber  
et Rue Georges Sand

LOT : 230648  
DUUO : 07/2026  
74,00DH

بورج ساند عماره 1 - الطلاق الأول - المعاري - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 98 93 56

Résidence Benber, angle avenue Stendhal et rue Georges Sand, Imm. A 1er étage Maârif - Casablanca

Tél: 05 22 98 93 56 E-mail: faridslaoui75@yahoo.fr

إقامة بنبر ملتفى سرى