

# 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

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <b>9913</b>	Société : .....	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : .....
Nom & Prénom : <b>Ch. Abdellayam</b>		
Date de naissance : .....		
Adresse : .....		
Tél. : <b>06.03.73.9993</b>		Total des frais engagés : .....
Dhs		

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<b>البروفيسور علي أبو خليل</b> Professeur Ali OUBOU KHLIK NEUROCHIRURGIEN 15 Rue la Laïla, 2ème étage N°6 Appartement 100 Quartier des Hôpitaux - Casablanca - Maroc Tél. 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 30	
Date de consultation : <b>17/10/2023</b>	Age: .....	
Nom et prénom du malade : <b>HARROU NAIMA</b>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Pathologie : .....	
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC
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) :



# 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
17-10-29			300.00	<i>Professeur Ali OUBOUKHLIK NEUROCHIRURGIEN 15, Rue la Lande, 2ème étage N°6 Appartement 11 Quartier les Hôpitaux - Casablanca - Maroc Téléphone : 05 22 88 21 50 - Fax : 05 22 88 21 55</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE BOULEVARD DOHA 29 Bis, Rue 2, Lot. Mahdia, Ain Chok Casablanca Tel: 05 22 50 15 30</i>	17/10/23	555

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

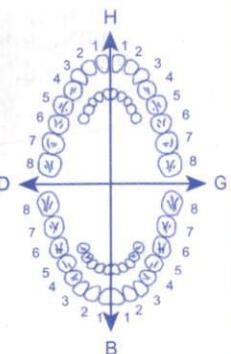
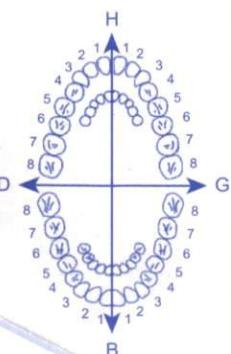
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
	D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
	B	35533411	11433553	
	G			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK

NEUROCHIRURGIEN

البروفيسور علي أوبو خليلي

جراحة الدماغ وال العمود الفقري

Casablanca, le : 17 OCT. 2023

H.E Harroo Haimce

84,2x2

- Therameg B6 300  
140/

129,0 x3

Trexen 20

x 40  
S.V.

T = 555,0

x 3 meq

البروفيسور علي أوبو خليلي  
Professeur Ali OUBOUKHLIK  
NEUROCHIRURGIEN  
15, Rue la Lande, 2<sup>ème</sup> étage N°6, Angle rue Amyot  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca - Maroc  
Tel : 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 31

**THERAMAG®**  
**300 mg B6**

Lot :

A consommer de  
préférence avant le :

PPC : 84,00 DH



**THERAMAG®**  
**300 mg B6**

Lot :

A consommer de  
préférence avant le :

PPC : 84,00 DH