

# 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.

M23-0025004

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

|                                |  |   |         |
|--------------------------------|--|---|---------|
| Matricule :                    | 714  | Société :                               | A 84587 |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :        |         |
| Nom & Prénom :                 |  | SKALI FAROUK                            |         |
| Date de naissance :            |  | 1946                                    |         |
| Adresse :                      |  | Residence EL HAMD- FARAH S. S. C. E. M. |         |
| Tél. :                         |  | Total des frais engagés : 425,00 Dhs    |         |

### Cadre réservé au Médecin

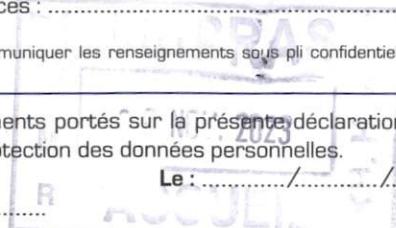
|   |   |                                   |                                 |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin :   |  |                                   |                                 |
| Date de consultation :  | 27/05/2023  | Age :                             |                                 |
| Nom et prénom du malade :   | SKALI FAROUK  |                                   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même   | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | légère hyperplasie prostatique  |                                   |                                 |
| 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 :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/11/23        | CS                |                       | Gratuit                         | L. Durgien Urologue<br>22.20.145                               |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

The diagram illustrates the distribution of granules in the brain, specifically highlighting the Hypothalamic-Granular-Dorsal (HGD) system. The brain is shown from a dorsal perspective, with the anterior commissure at the top. Granules are represented by small circles, and their distribution is indicated by numbers 1 through 8. The distribution follows a specific pattern: 1 (anterior), 2 (dorsal), 3 (posterior), 4 (dorsal-posterior), 5 (posterior), 6 (dorsal-posterior), 7 (posterior), 8 (dorsal). The diagram also includes labels for the Anterior Commissure (AC), Optic Chiasm (OC), and Optic Radiations (OR).

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Badredine DASSOULI**

**Chirurgien-Urologue**

**Reins, Vessie, Prostate**

**Endoscopie, Lithotripsie, Incontinence urinaire**

**Impuissance, Infertilité, Organes génitaux**



**الدكتور بدر الدين داسولي**

اختصاصي في أمراض و جراحة

المسالك البولية و التناسلية

الكلوي، المثانة، البروستات

البرادة بالمنظار، تكسير الحصى بالأشعة

السلس البولي، العجز الجنسي، العقم، الجهاز التناسلي



Casablanca, Le : 27/11/23 الدار البيضا، في:

SAHLI Farouk

122,30  
Dicetel 7 mg

148 / j CARDENSIEL 7 mg

3) TSEAZOCINS Norman 148 / j

125,5

Dr. B. D.  
Chirurgien  
دكتور بدر الدين داسولي و التناسلية  
الختصاصي في المسالك البولية و التناسلية  
Tél: 0522 20 44 54

LOT: 12823013  
PÉR: 06/2026  
PPV: 79.50 DH

18001100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

18001100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS