

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : 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.



N° W21-818853  
187421

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5934

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSAL MUSTAPHA

Date de naissance : 05/11/1963

Adresse : HAY EL-HODA, Rue N° 7 Villas. N° 29

Berrechid.

Tél. : 06.04.68.56.33

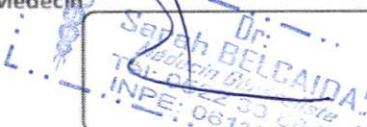
Total des frais engagés :

355.20 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/11/2023

Nom et prénom du malade : Abkaooui Amina Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Asthme, Cardiopathie

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 :

Berrechid

Le : 19/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
08/11/93	CS		150 DH	INPE: 0611921332 Dr. Sabah Helfairan Tel: 0524 35 35 35 INPE: 0611921332

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOPHOTOS**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

**VOLET ADHERENT**

## **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'OC.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

The diagram shows a 3D grid of points arranged in a cube-like structure. The vertical axis is labeled H at the top, D on the left, and P at the bottom. The horizontal axes are labeled 1 through 8 along the top and bottom edges. Points are numbered from 1 to 16. The points are arranged as follows:

- Row 1 (top edge): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 2: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 3: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 4: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 5: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 6: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 7: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 8 (bottom edge): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

b L'EXECUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



الطب العام

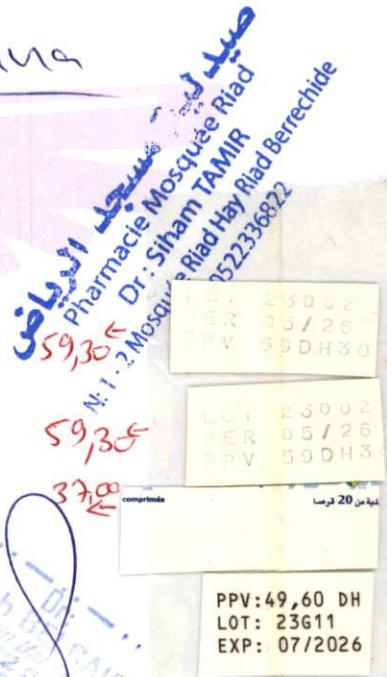
- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء. تتبع الحمل والعمق من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السياقة

Ordonnance

Berrechid le : 08/11/23

AbKacem Anima

59,30 + 2  
- Brexin "2btes"  
37,00 ٤٤ ج.  
- Duoxal ٤٤ ج.  
44,60 ٤٤ ج.  
- Dure forte ٤٤ ج.  
1amp ٤٤ ج.



11 ٢٥,٢٠