

# 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.

M23-0026917

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1688

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Dr. ALLAHDY Moustapha

Date de naissance :

21-01-07

Adresse :

La M

Tél. : 0664 120 732

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Abdelkader EL MADI**  
**MEDECINE GENERALE**  
Diplômé en Echographie Générale  
153, Rue 25, Bd. Panoramique, Bine Lamdouna  
Casablanca - Tél.: 05 22 21 11 12  
Autorisation/4994 - INPE: 091057711  
ICE: 001778217000027

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation :

10/01/2024

Nom et prénom du malade :

Dr. ALLAHDY Moustapha

Age :

30

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bystinolécie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : hypertension

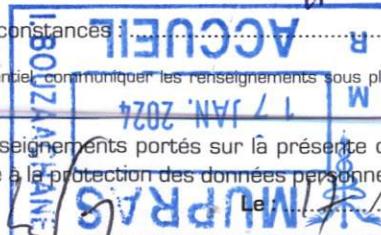
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 11/01/2024

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10-01-2024      | C                 | 9                     | 150,00                          | Dr. Abdelkader EL MADI<br>en Echographie Générale<br>et Panoramique, Bine Lamdoune<br>Tél.: 05 22 21 11 12<br>INPE: 091057711<br>N°: 1000037 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| CEA IT ALI<br>Centre d'approvisionnement en articles de santé rurale<br>Ministère de la Santé et des Services sociaux<br>Québec<br>Téléphone : 418-636-0996 | 1998-01-22 | 1624<br>123162        |

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

The diagram shows a circular arrangement of 16 numbered circles (1 through 8) in two concentric layers. The outer layer contains circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The inner layer contains circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. Arrows indicate a clockwise direction for the outer layer and a counter-clockwise direction for the inner layer.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Abdelkader EL MADI**

**MEDECINE GENERALE**

Diplômé en Echographie Générale  
de la Faculté de Médecine de Montpellier

Casablanca le : ١٠ - ١ - ٢٠٢٤  
الدار البيضاء في

الدكتور عبد القادر الماضي

الطب العام

دبلوم الكشف بالصدى

خريج كلية الطب بمونبليي - فرنسا

ن.º MAHRAZY Moustapha

LOT : 231509  
EXP : 10/2026  
PPV : 57,800DH

Constat 100%  
3x87,8  
146 min ave 6 due.  
+ 3 min  
173,7?

**Dr. Abdelkader EL MADI**  
**MEDECINE GENERALE**  
Diplômé en Echographie Générale  
153, Rue 25 Bd. Panoramique, Bine Lamdoune  
Casablanca - Tel. : 05 22 21 11 12  
Autorisation N° 4994 - INPE : 091057711  
ICE : 001778217000037

LOT : 231509  
EXP : 10/2026  
PPV : 57,800DH

LOT : 231509  
EXP : 10/2026  
PPV : 57,800DH

شارع بانوراميك الزنقة 25 الرقم 153 بين المدن Casablanca

الهاتف : 05 22 21 11 12 - رقم الرخصة 4994 - رقم التعريف الموحد 001778217000037

Tél : 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 001778217000037 - INPE : 091057711

