

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : **09854**

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

**KHADDA BRAHIM**

**19685**

Date de naissance :

**2011/11/1969**

Adresse :

**RUE 3 N° 326 ALAZHAR AHL LONGHLAM CASA**

Tél. :

**06 73 71 5369** Total des frais engagés : **250,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr ABDELLAH Sanae**  
*Omnipraticienne*  
71, Bd Attaouia Chafarji,  
Hay Tarik - Bemoussi - Casa  
Tél. 0522 73 70 00

Date de consultation :

**28 DEC 2023**

Nom et prénom du malade :

**khadda Ittissam** Age: **43**

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

**Douleurs abdominales**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

**Géopathie**

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.

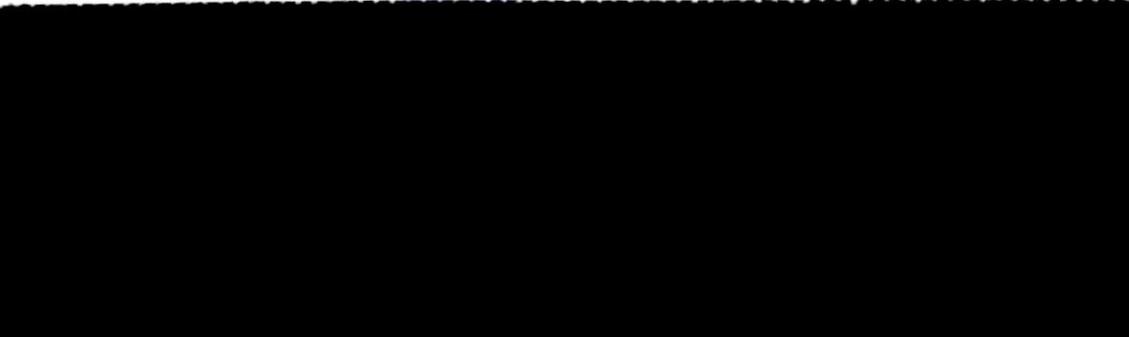
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

**Le 27/02/2024**

Signature de l'adhérent(e) :

**MJS**



## 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
26 DEC 2023	C		200 DHS	Dr ABDERRAHMANE EL BALAMI 71, Bd Aïcha El Hay - Hay Faouzi - Benouss - Casablanca Tél : 0522 73 70 00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.12.23	32,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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

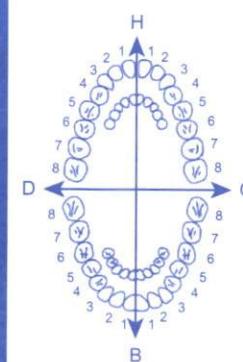
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DOCTEUR SANAE ABDELHAFID**

Omnipraticienne

Echographie

D.U Psychologie clinique et médecine comportementale

D.U Thérapie cognitivo - comportementale

D.U Colposcopie

Membre de l'association Marocaine

des Echographistes

**الدكتورة سناه عبد الحفيظ**

**الطب العام**

**الفحص بالصدى**

**علم النفس السريري والطب السلوكي**

**جلسات العلاج السلوكي الإدراكي**

**التنظير المهبلي**

**عضو في الجمعية المغربية**

**للفحص بالصدى**

Casablanca, le : ..... 26/12/2023 ..... الدار البيضاء، في :

**Mme KHADDA Ibtissam**

*NOV*  
**DOLOSTOP 1000MG**

1 cp 2 / j (pendant 05 jour)



*NOV*  
**ANTI-SPA 200**

1 cp 2 / j



*Dr Sanae LIAFID Sanae  
Omnipraticienne  
71, Bd Abou Dar Ghafa,  
Tarik - Bernoussi - Casablanca  
0522 73 70 00*



LOT 231648 1  
EXP 05 2025  
PPV 40.00



A2302 دار البيضاء

ي طارق - البر

71, Bd Abou Dar Ghafa - Tarik - Bernoussi - Casablanca - Tel... 22 73 70 00