

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## **Diologie 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.

## **Education :**

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.

## **Thérapeutique :**

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

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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : R.64.98

Société : ESG / Rabat S. le

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HADDA Mohamed

Date de naissance : 19.54

Adresse : 11 cité Aéroport civil laayayda salé

Tél. : 06 63 62 56 67

Total des frais engagés : 494,40 Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Dr. Mhamed CHBIHI**  
Médecine et Echographie  
Générales  
Sect (c) n°34, Hay Rhamma Salé

Date de consultation : 04/02/2020

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Gala + oxygénose

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 : salé Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : EL HADDA

## 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
04/02/2020			110,00	Dr. Mhammed H. S. Médecine et Générales (C) n°34. Hay Rahma Salle

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE HABOURA</i>	01/02/2020	344,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

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
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis pointing upwards and the horizontal axis pointing to the left. The origin is at the center of the arch. The teeth are numbered as follows: upper arch (left to right): 2, 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6; lower arch (left to right): 6, 7, 7, 8, 8, 7, 6, 5. The letter 'P' is placed near the upper central teeth, and the letter 'V' is placed near the lower central teeth.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur M'hamed CHBIHI

Médecine Générale  
Echographie

Ancien F.F.I des Hôpitaux de France  
Assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور محمد الشبيهي

الطب العام

الفحص بالأمواج الصوتية (التلفزة)  
ع طبيب داخلي سابقًا بفرنسا  
محلف لدى المحاكم

Salé, le : 04/02/2020 سلافي:

Nom & Prénom : El Haddad Sofiane Age :

مبلغ

78.90  
- Alora 5



LOT: M0194  
PER: 03/2021  
PPU: 78.90DH

16/j x 30  
99.00-  
- Distat

16/j 2x30 jours

22.50  
- Verzel  
1 flacon le 1<sup>er</sup> jan  
1 flacon le 7<sup>é</sup> jan,  
et 1 flacon le 21<sup>é</sup> jan

Dr. Mhamed CHBIHI  
Médecine et Echographie  
Générales  
Secteur "C" N° 34 Hay Rahma Set

SALE - Tel: 05 37 85 51 5  
N° 39, Sect. C, Hay Rahma  
Dr. LAHRICH BI GOURAUD GHI  
PHARMACIE Hay Rahma

05 37 85 30 49 - الهاتف - سلا - تايريك - سلا - رقم 34 حي الرحمة  
Secteur "C" N° 34 Hay Rahma - Tabriquet - Salé - Tél. : 05 37 85 30 49