

## 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 vignette 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

- 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.

N° W21-710334

133203

|   |  |                                  |                                 |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)              |  |                                  |                                 |
| Matricule :                                 | 0944   | Société :                        | R.A.M                           |
| <input type="checkbox"/> Actif              | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | HALMONY ABDELMAJID              |
| Nom & Prénom :                              |  |                                  |                                 |
| Date de naissance :                         |  |                                  |                                 |
| Adresse :                                   |  |                                  |                                 |
| Tél. :                                      | 0698 33 54 57                                    | Total des frais engagés :        | Dhs                             |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |                         |                   |   |
|---|-------------------------|-------------------|---|
| Cadre réservé au Médecin  |                         |                   |   |
| Cachet du médecin :   |                         |                   |   |
| Date de consultation :  | 22/07/2022              | Age :             | 52 ans  |
| Nom et prénom du malade :   | Halmony Abdelmajid      | Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | polyglobulie primitive. |                   |   |
| 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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/10/2022

VOLET ADHERENT

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20/07/2022      |                  | 25064                 | INP : 091901624                 | Dr. Salma Chahlaoui<br>Spécialiste des malades de l'Angle Rue Bach Laalej et Bd. Abu Dhabi<br>tel: 0522995211 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie ALICAF  | 22/07/2022 | 3870                  |
| Lot Alichraf 2 N° 17<br>Al Maarouf<br>Casablanca<br>tel/Fax: 0522534771 | 16/08/2022 | 69,00                 |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | 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 de

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi



PPV: 69 DH 50

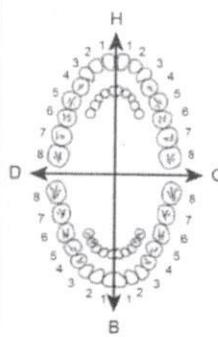
COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

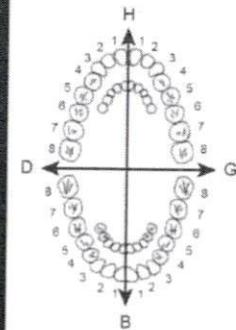
DEBUT  
D'EXECUTION

PPC 129,00 DH

PPC 129,00 DH



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINA M

255  
000  
0000  
3553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

RESTORATIVE AND ENERGISING

RED GINSENG

ROYAL JELLY

HONEY

GINSENG C.A.M.

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Salma CHERQUI  
EL OUAZZANI**  
Spécialiste en Hématologie Clinique  
Maladies du sang, des ganglions  
et de la rate, Chimiothérapie,  
Greffé de moelle osseuse

الدكتورة سلمى الشرقي  
الوزاني

# اختصاصية في أمراض الدم السريرية

## المعالجة الكيميائية

### زرع النخاع العظمي

بالموعد

الدار البيضاء في : ٢٢/٠٧/٢٢ Casablanca Le :

Dr. med. Halmusung Abolmajid  
Spécialiste  
74 Avenue Rue Bachir  
Tunis - Tel: 052

69.00 Cure AM L  
1cp am from our L.

~~123. w d<sup>3</sup>~~ Chen Qi GS.

T-387.0  
1 dose / j  
farmacie ALICIA



salma.cherqui@hotmail.fr

17, Rue Bachir Laalaj, Le Louvre Center, Bd. Abdelmoumen, 3ème Etage N° 18 - Casablanca - Tél. : 0522 99 53 71 - Urgences : 0665 13 68 28  
0665 13 68 28 - الاداريات - الطابق الثالث رقم : 18 - المستعجلات : 0522 99 53 71 - 17 - نبذة الراشد - ادريس، ميكانيك، ادخار، ملابس، عداد الماء، تأمين، شفاعة