

# 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMMOU

ABDELOUAHED

Date de naissance : 21.04.1951

Adresse : Résidence Al Manar Imm. 1 App. 6

Avenue Poin Anzalame EL JADIDA

Tél. : 0661 23 84 70

Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : EL JADIDA

Le : 01 / 10 / 2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie Nahid<br>Dr. Maria Nahid Al Rif<br>Angle Nahid Al Rif<br>Tél: 05 23 35 25 10 | 25/10/22 | 135,20                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraire |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|-----------------------------------|
|                                     |                   | 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<br>DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN<br>D'EXECUTION         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

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

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

| Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| Nom et prénom : <b>HAMMOU Abdellouahed</b>   |                          |  |
| Matricule : <b>3711</b>  | N° CIN : <b>B 801581</b> |  |
| Adresse : <b>RESIDENCE AL MANAR - Immeuble 2 App 6<br/>Avenue POUR AZZARANE - EL JADIDA</b>  |                          |  |
| Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant   |                          |  |
| Partie réservée au médecin traitant  |                          |  |
| Je soussigne : <b>Dr BELAMINE Fatima</b> Spécialité : <b>GENERALISTE</b>   |                          |  |
| N° ICE : <b>0022376410000 46</b> N° INPE : <b>091018259</b>  |                          |  |
| Certifie que Mlle, Mme, M. <b>HAMMOU Abdellouahed</b>  |                          |  |
| Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie   |                          |  |
| <b>TRITAZIDE 5/2,5 1g/15</b><br><b>ou duaspirine 100 1g/15</b>   |                          |  |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :  |                          |  |
| <b>HTA</b>   |                          |  |
| Dont ci-joint ordonnance :   |                          |  |
| <b>Treatment prescrit :</b><br><b>TRITAZIDE 5/2,5 1g/15</b><br><b>cardioaspirine 100. 1g/15</b>  |                          |  |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables   |                          |  |
| Fait à : <b>CASA</b> le <b>11/04/2022</b>  |                          |  |
| Cachet et signature du médecin traitant :  |                          |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Dr. BELAMINE Fatima</b><br/> <b>Médecin Généraliste</b><br/> <b>55, Boulevard Joulane Salmia II</b><br/> <b>Sidi Othmane - Tel: 0522-28-56-23</b> </div> |                          |  |

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

# Pharmacie Jahidi

Pharmacy  
Dr. M. S. Chidi  
Angle Nain  
Tel: 0523352670  
Dés

**Facture N° 000075**



HAMMOU Abdellah... الزيون

**Lot, AlQods Nahj Errif El jadida Tél: 05 23 35 26 70**