

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : 9788 Société : RAM Retraitee 13696

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HANSAI SAMIRA

Date de naissance :

12/05/1960

Adresse :

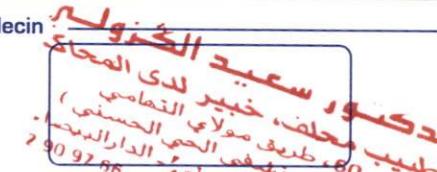
3, Rue Centrale B<sup>1</sup> Laekzadz

Tél. : 0167815818

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08 OCT 2022

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

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

H.A Colgastas

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : H



## **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06 OCT 2022     | C                 |                       | 10000                           |  |
| OCT 2022        | C                 |                       | ✓                               |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <p>13/01/2023</p> <p>BENELUX PHARMACEUTICALS</p> <p>BD. LA RESISTANCE 20800 TLEU-GH 23 00</p> <p>RESISTANCE</p> <p>DOCTEUR DU PHARMACIE</p> <p>BENELUX</p> <p>RESISTANCE</p> <p>13/01/2023</p> | 13/01/2023 | HT 587.80             |

#### ~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

| Cachet et signature du Laboratoire d'uro-radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

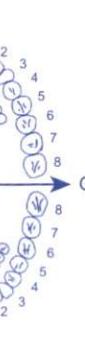
## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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 COEFFICIENT MASTICATOIRE |                           |                           |                           |
|  | H<br>25533412<br>00000000                 | G<br>21433552<br>00000000 | D<br>00000000<br>35533411 | B<br>00000000<br>11433553 |
|   |   |                           |                           | Coefficient DES TRAVAUX   |
|   |   |                           |                           | MONTANTS DES SOINS        |
|   |   |                           |                           | DATE DU DEVIS             |
|   |   |                           |                           | DATE DE L'EXECUTION       |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طیب محلف

خبر لدی المحاکم

après les Tribunaux HANSALI شهادتی احکام SHARIA

Casablanca, le : **06 OCT 2022** : الدار البيضاء، في :

1  
53,20  
9950

## 2. Can Soors digitaal

9600x<sup>3</sup>

3. iselmagzotzo

4-9770  
4945

T-58783

طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء  
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drqza@gmail.com

**Docteur Saïd GZOULI**

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

**الدكتور سعيد الكزولي**

طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 12 OCT 2022 الدار البيضاء، في :

TM HANSAU SADIA

1 - Kenofast  
14.50 mg le sou



2. Lipantyl 160 mg /



maphar O  
ZI Zenata Ain Sébâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V.: 116.80 DH  
6 118001 181636



60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com

طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء