

## 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.


**Déclaration de Maladie**

**N° W21-761022**

**Maladie**
 **Dentaire**
 **Optique**
 **Autres**

Matricule : **9179**

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : **SAOUDI A22**

Date de naissance : **28/03/1969**

Adresse : **21, Ln. ou KHOVANE, Appt n.11, Beni-Saf, Casablanca**

Tél. : **06 55 72 555**

Société : **RAT**

Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

**Cachet du médecin**

**Date de consultation : 25 NOV 2022**

**Nom et prénom du malade : SAADE EDDINE Lamine**

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : **Arthrose**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

**ACCUEIL 22 NOV 2022**

**DR. Soumaya SAADI**

**Medecin généraliste**

**Centre Allal Ben Abdellah - Casablanca - Maroc**

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

Fait à : **Centre Allal Ben Abdellah**

Signature de l'adhérent(e) : **SAAD EDDINE Lamine**

Le **25 NOV 2022**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CHAUVY 19 Rue Baudouin 75009 Paris</i>	19/10/22	289

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																				
<b>Important :</b> 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	INP : <input type="text"/>														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		00000000	B		35533411	G		11433553
	H	25533412	21433552																	
	D	00000000	00000000																	
	D		00000000																	
	B		35533411																	
	G		11433553																	
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				

Dr. SAATI SOUMYA

*Medecine Générale*

ECHOGRAPHIE



الدكتورة سهاتي سمية

الطب العام  
الفحص بالصدى

Casablanca , Le

19 Nov 98

8 MUSIQUE Lamia

Cinamie

S.D.

M.M.

a.k.s

Stick Casval,

C autojet

Lamarsak cas

S.D.

M.M.

La Roche posay  
et hydratant

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Curacine 20mg cap molle  
b30  
P.P.V 289,00 DH  
6 118 001 180721

289 ₣

PHARMACIE HIBA  
Dr. Ahmed CHAFRY  
Hay Raha Rue Banafsaje  
N°51 Bis Bedoujour Casa  
Tel: 05 22 94 99 74

PHARMACIE HIBA  
Dr. Ahmed CHAFRY  
Hay Raha Rue Banafsaje  
N°51 Bis Bedoujour Casa  
Tel: 05 22 94 99 74

SAATI  
Medecin Général  
55, Bd Zerkouni - Bourgogne  
Télé: 05 22 27 13 00  
Dr. Ahmed CHAFRY  
Hay Raha Rue Banafsaje  
N°51 Bis Bedoujour Casa  
Tel: 05 22 94 99 74

355، زاوية شارع الزرقطوني زنقة ابن أيوب - إقامة بوعرقفة الطاب الثاني - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 27 13 00

355, Angle Bd. Zerkouni Rue Ibn Ayoub -Résidence Bouarfa 2<sup>eme</sup> Étage - Casablanca - Tél : 05 22 27 13 00