

# 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.
- L'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.

## Radio 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 :

- La facture 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 nécessaire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- Le soin-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

- Remarques : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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° W21-768003

150402



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 02189

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

MAATOUQUE Mohamed

Date de naissance :

1956 CASABLANCA

Adresse :

G.T Rue 105 N° 6 OULFA

Tél. :

0664 02 27 30

Total des frais engagés : 632,50 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

~~Dr. Houda EL HADI~~  
~~CARIOLOGUE~~  
~~150, Bd Sidi Maârouf, (Lot Dandoun)~~  
~~1er Etage, Sidi Maârouf - Casablanca~~  
~~Tél: 0522 58 48 57 - 08 50 69 53 35~~

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Le : 29/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019

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
02/12/2022	Consultation	1	250 Frs	091026708
				02/12/2022
				091026708

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
02/02/2023	382,50

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> <b>Nature des Soins</b> <b>Coefficient</b>	INP : <input type="text"/>															
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> <input type="text"/>															
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> <input type="text"/>															
		DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/> <input type="text"/>															
		FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/> <input type="text"/>															
		<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 															
		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	00000000	11433553													
G	35533411																
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/> <input type="text"/>																	



Casablanca, le .....

02/12/2022

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue Souhail bni al aouam roches  
nouvelles casablanca  
ATACAND

Cp. séc

16 mg

Boîte de 30

140 N° BOMP/21/NRQ P.P.V: 165,50 DH

6 118001 020548

165,50

ATACAND 16 mg = 1 cp. par jour le matin

BISSCARD 16 mg = 1 cp. par jour le matin

27.70

Cardioaspirine 100 mg/30 los  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30 los  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30 los  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

AMEP long = 1 cp. par jour le soir

RESTOR 5 mg = 1 cp. par jour le  
diner

382,50

III de 3me HAD

Dr. Houda EL HADI

CARDIOLOGUE

Maphar  
Bd Alkimiia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca,  
Crestor 5 mg cp. per b30  
P.P.V. : 114,10 DH

6 118001 183114

159, Bd Sidi Maârouf (Lot. Dandoun) Sidi Maârouf - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca

Tél : 05 22 58 48 57 - Urgences : 06 50 69 53 36 - E-mail : dr.elhadicardio@gmail.com