

## 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.

N° W21-783314

A 51040

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>		
Matricule : <b>9132</b> Société : <b>RAM</b>		
Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : <b>ESSAK NI Naima</b>		
Nom & Prénom : <b>ESSAK NI Naima</b>		
Date de naissance :		
Adresse : <b>La mère</b>		
Tél. : <b>510 80</b> Total des frais engagés : <b>510,80 Dhs</b>		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Dr. EL TARABI Redouane</b>  <b>Médecine Générale</b>            141 Lot. Hadj Fateh R.D            N°2 El Oulfa - Casablanca            Tel: 022.93.03.00         </div>	
Date de consultation : <b>23/02/2023</b>	
Nom et prénom du malade : <b>ESSAK NI Naima</b>	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : <b>Diabète + diabète</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>27 FEV. 2023</b>	
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 : <b>Le 23/02/2023</b>	
Signature de l'adhérent(e) : 	
<b>VOLET ADHERENT</b>	



## **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
28-01-2020	1200		100000	INP : 01101446 Dr. EL ARABI Redouane Médecine Générale 141 Lot. Hadj Fateh R.D N°2 El Oulfa Casablanca 022.93.03.09

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23.02.23	360,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### VIOLET ADHESIVE

## 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	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

Dr Redouane EL ARABI

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

الدكتور رضوان العربي

الطب العام

الفحص بالصدى

ختان

Casablanca, le :

23.02.2023

essaouira Naitou

20,80

15

Glu ephedr. 20g

LOT : 220756  
BLUD : 10/2025  
139,00DH

139,00



Curve flex vel

plat

56,30

18

18

PPV: 56,30 DH  
LOT: 22J17D  
EXP: 10/2024

Dr. arabi

DR. EL ARABI

44,20

70

Dinner 60g

100,00

TP

One Call plus

360,80

Dr. EL ARABI Redouane  
Médecine Générale  
41, Lot. Hadj Fateh R.D.  
N°2 El Oulfa - Casablanca  
Tél. 02 22 93 03 09

طابق السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف:

Lotissement Hadj Fateh - Lot 141 - R.D.C-Appt.2-Casabla

44170

242600030-02

PH.RYAD EL OULFA  
DIOURI RACHID  
RIAD EL OULFA N° 241  
CASABLANCA  
Taxe Profes. N°: 32981071  
N° R.C. : 358354 N° CNSS: 7345293  
N° ID.F. : 30318667 N° ICE 000416162000009  
Tel : 0522914578  
Fax 0522914578

NAIMA ESSAKNI

I.C.E. :

Le : 19/01/2023

FACTURE N°: 266/23

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	GLUCOMETRE ON CALL PLUS	100,00	20	100,00
Total :				100,00
TVA 20% 16.67				

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CENT DIRHAMS

Diouri Ryad El Rachid  
Pharmacie Ryad El Oulfa  
Casablanca / Tel: 05 22 91 45 78  
INPE: 092060086