

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 : 11590 | Société : RAM | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : ADIL ATIAL | | |
| Date de naissance : | | |
| Adresse : | | |
| Tél. : 066108541107 Total des frais engagés : Dhs | | |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : | <i>Docteur RAOUI Hallima</i> <i>Medecine Gén. Echographie Gle. Diabétologie 5^{er} étg Gynéco Endocrinologie 6^{me} étg</i> | | |
| Date de consultation : | 21/11/2019 | | |
| Nom et prénom du malade : | El MAP | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Bruxisme + Rhinite | | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> ALC | Pathologie : 49 geste |
| 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** le : **15/03/2019**

..... de "l'adhérent" : **El MAP**

MUPRAS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Medecin attestant le paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|--|--|
| 21/11/23 | C | 15 | Docteur Hay Saifi Medecin Généraliste Diplômé de l'Institut de Médecine de Beyrouth Hay Saifi lot. 83 Groupes 5 et 6 Tel. 022 708831 | 01118992 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|----------------------------|
| PHARMACIE AL KINDI CASABLANCA SARL AU DOCTEUR TAUFIK BARAKAOK 48, Rue 1 Lot Hassan Les Crêtes Ain Chock Casablanca Tel. 0522 507 257 | 21/11/2023 | 493.20 INPE : 092006857 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du 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 PROTHESSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur RAQUI Halima

Médecine Générale

الدكتورة راقية حلية

الطب العام

الطب العام

**حائزه على شهادة الفحص بالصدى
حائزه على دبلوم داء السكري
من كلية الطب بمونتغولى**

حي السدرى تجزئة 83 مجموعه 5
الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف : 31 70 88 22 05

Diplômé en Echographie Générale
Diplômé en Diabétologie
Faculté de Médecine
de Montpellier

Hay Sadri - Lot. 83 Groupe 5
1er étage - CASABLANCA
Tél.: 022 70 88 31

Casablanca, le

الدار البيضاء في ٢٠١٣

s pelliculés 200
LOT : 4288
UT. AV : 10-23
P.P.V : 60 DH 00

1451140
00125
K1685

DU 1220375
DU 05/2025
49,000H

Lot №: 066R039A
FAB: 11/2021
EXP: 11/2023
PPV: 149DH00

Lot N°: 066R040B
FAB: 11/2021
EXP: 11/2023
PPV: 149DH00

MUTILUM INHAL
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V : 40DH80

P.P.M :

MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUU FL 200 ML
P.P.V:40DH80

3
LOT : 617
PER : 05/24
PPV : 180,00 DH

180.00

T = 493. 20



PHARMACIE AL KINDI CASABLANCA
SARL AU

DOCTEUR TAOUFIK BARAZZOUK
48, Rue 1 Lot. Hafdia Les Cèdres
Ain Chock Casa. Tel: 0522 507 257

Docteur Taoufik Barazzouk Halima
Médecine Gén. Echographie Gén.
Diplômée de Diabetologie
Hay Sadri Lot. 83 Groupe 5^e étg
Tél. 0522 507 257

S.V