

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10084 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ELMIRE MOSTAPHA 160352

Date de naissance : 1955

Adresse : Polissoir Hga Fath

Tél. : 06 77 4936 44 Total des frais engagés : 200 + 347,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08 MAI 2023

Nom et prénom du malade : ZARZALEI FAHIMA 0 PL 500 E

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : pycose l'ulcérifiante

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

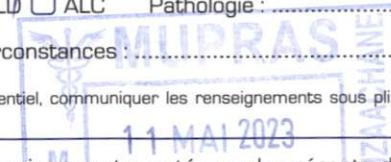
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

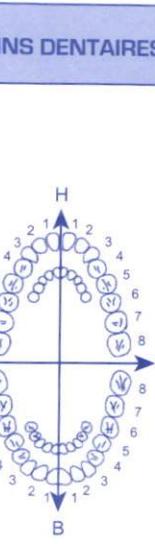
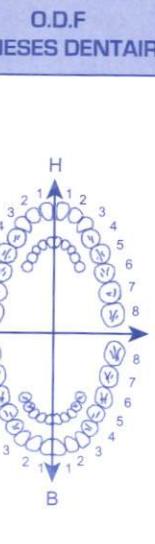
Fait à : casa Le : 11 MAI 2023

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HANZLA CICLOPENICA Rue Koenig Tunisie	08/05/23	347,80

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
																						
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																						
																						
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																						
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																						
<b>FIN D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																						
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																						
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																						
<b>DATE DU DEVIS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																						
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																						
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>																						
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																						
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					<b>H</b>	25533412	21433552		00000000	00000000	<b>D</b>	00000000	00000000		35533411	11433553	<b>G</b>			<b>B</b>		
<b>H</b>	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
<b>D</b>	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
<b>G</b>																						
<b>B</b>																						
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																						

**Docteur Saïd GZOULI**

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

**الدكتور سعيد الكزوولي**

طبيب متفق

العدل البحريني

*Dr. Béchiroui fait partie de la délégation de l'ordre des médecins du Maroc*

Casablanca, le : **08 MAI 2023** في الدار البيضاء، في

1. Esac 20

244,50

1 g x 2 / au

2. Riphensid 1P

63,90

1 g x 2 / 3x1

3. Jane Calan

102,10

1 g / 1

1 g

4.

36,70

Fukol

½ g le soir

347,80

STE PHARMACIE HAMZA  
11845 CANCA  
61123 Lot 6  
0522 93 10 28  
0522 93 10 28

STE PHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA  
Lot 6 - 61123 Casablanca  
Tél. 0522 93 10 28

محل صيدلاني لدلي العيادة  
العنوان: 60 طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء  
الرقم: 05 22 90 70 88

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

PPV: 102,70 DH  
LOT: 22E03  
EXP: 05/2024



6 118001 320332

36,70

BI - PROFENID LP 100MG  
CP SEC B20  
P.P.V : 63DH90  
LOT : 22E03  
PER : 09/2024  
6 118000 061908

LOT : 22E03  
PER : 08/24  
PPV : 144DH50  
144,50