

# 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

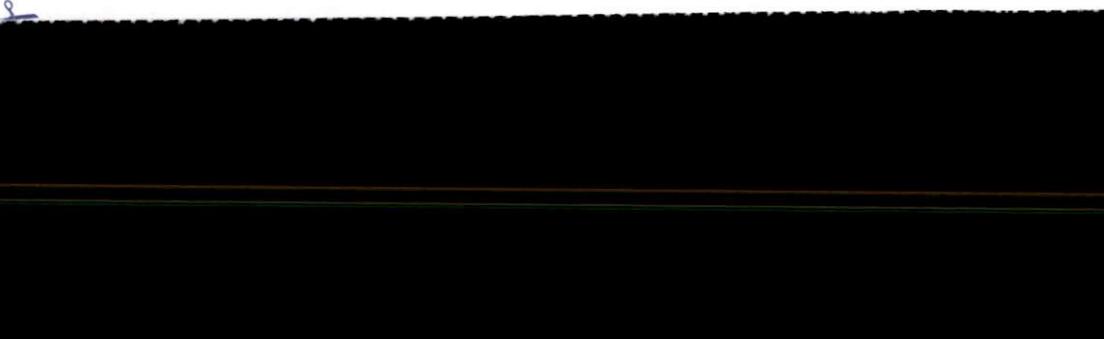
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

M22- 0017822

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>5920</b>		Société : <b>RAM RETRAITE</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>HALIDA MOHAMED</b>		Date de naissance : <b>23/10/1954</b>	
Adresse : <b>Immeuble El Retraite, Casablanca</b>		Tél. : <b>06 10 84 84 40</b>	
		Total des frais engagés : <b>312,81</b> Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	<b>30/03/2023</b>
Nom et prénom du malade :	<b>HALIDA MOHAMED</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<b>Allergie</b>
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC
Pathologie :	<b>29 MAI 2023</b>
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 : ..... / ..... / .....
Signature de l'adhérent(e) :	
	

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
20/03/2023	Q1		150,00	Docteur EL ALAOUI MHAMDY Moulay Youssef Médecine Générale 16, Rue Sale (A.M) Casa Tel/Fax: 0522.47.56.94

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE BOURGOGNE 24, Bd Zerktouni - Casablanca Tél: 05.22.27.33.44	30/03/2023	162.90 DH

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Doktor El Alaoui Mhamdy Youssef

Médecine Générale

16, Rue Salé (en Face Jamaâ Chleuh)

Ancienne Médina

Tél. / Fax : 05 22 47 56 94

Casablanca

E-mail : ymhamdy@gmail.com



الدكتور العلوي المحمدى يوسف

الطب العام

16، زنقة سلا ( أمام جامع الشلوح )

المدينة القديمة

الهاتف / الفاكس : 05 22 47 56 94

الدار البيضاء

Casablanca, Le : 30/03/2023: الدار البيضاء، في

Mr. Mouloud Mhamdy

122,80

~~Ly Fsol 40 mg | Bx 24~~  
1 gelule AS

40,10

~~O Xypholl 1Bx 30~~  
30 mg le sol AS

162,90

DR EL ALAOUI MHAMDY  
Moulay Youssef  
Médecine Générale  
16, Rue Salé (A.M) Casa  
Tél/Fax: 0522.47.56.94

PHARMACIE DE BOURGOGNE  
BERRADA TAZI Halima  
341, Bd Zerktouni Casablanca  
Tél.: 05.22.27.73.44

122180

LOT 221039 1

EXP 04 2026

PPV 40 10

WMAHAWI  
GUNNAR A (W) CRAIG  
MURKIN GUNNAR  
WILSON LARRY  
WILSON LARRY  
WILSON LARRY