

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0058999

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 085777 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAMIN HABIBA

Date de naissance : 16/02/1978

Adresse : ...

Tél. : 0679.76.79.79 Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/05/2023

Nom et prénom du malade : SOUMI ANN Age : ...

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchopneumopathie chronique

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 : NOUACEVA

Le : 13/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : ...

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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

13/05/23  
150,00  
Dr. Hamza Bachir  
Médecine Générale  
20, Boulevard Hassan II - Berrechid  
Tél: 05 22 32 53 53

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

ASMOLIN Samir  
Docteur en Pharmacie  
RUE ASSALAM Hay AL KACH  
BERRECHID  
Tél: 05 22 32 84 00

13/05/23

355,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

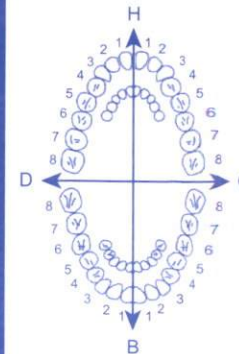
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. HAMZA Bachir**  
**Médecine Générale**

Diplômé en Diabétologie  
Diplômé en Diététique Médicale  
Diplômé en Médecine du Sport  
Diplômé en Médecine du Travail  
Diplômé en Expertise Médicale  
Expert auprès des Tribunaux



الدكتور حمزة البشير  
الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري  
دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية  
دبلوم جامعي في الطب الرياضي  
دبلوم جامعي في طب الشغل  
دبلوم جامعي في الخبرة الطبية  
خبير طبي محلف لدى المحاكم

Berrechid le 13/5 / 2023  
برشيد في

Nom Prénom :

**ORDONNANCE**

14,60 1/ Doleprane  
15,30 2/ ...  
40,90 3/ ...  
124,00 4/ ...  
58,40 5/ ...  
18,30 6/ ...  
56,30 7/ ...  
22,20 8/ ...

PPV 15DH30  
EXP 05/2024  
LOT 11026 11

PPV 40DH90  
EXP 05/2024  
LOT 11026 11

PPV: 124DH00  
PER: 05-2024  
LOT: 18622006

PPV 58DH40  
EXP 06/2024  
LOT 18020 1

PPV 18DH30  
EXP 03/2  
LOT 1201

PPV: 56,30 DH  
LOT: 2103D  
EXP: 09/2023

ASPEGIC 500MG  
SACHETS 820  
P.P.V.: 27DH2  
LOT: 22E06-  
PER: 08 2024  
118000 061096

Visite de contrôle le :

20, Bd HASSAN II, Tissir I

Télé/Fax : 0522 325353 : الفاكس

الهاتف : 0661 232

البريد الإلكتروني : b.hamza55@gmail.com