

# 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

A 63167

## Déclaration de Maladie : N° S19-0002520

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11693 Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Djouch Imad Date de naissance : 29.01.75

Adresse : ha. Situelle

Tél. : 06 99 32 50 34 Total des frais engagés : 150 + 130,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27 MAI 2023

Nom et prénom du malade : Djouch Imad Age : 48 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

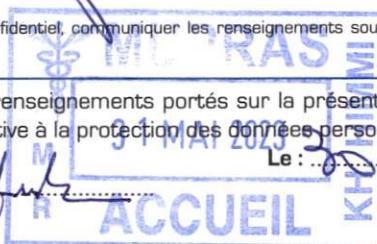
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Ram

Le : 27/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : Djouch Imad



### 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
30.05.23			100	<p>Docteur DRIFI Hassan Médecine Générale Médecine des Urgences 625, BV. Mohamed El Bedoui Tél: 05 22 24 14 90</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MARINA 1, Rue Rahal Ben Ahmed Mr BENMOUSSA Ouafae Tél: 05 22 24 80 54 Fax: 05 22 24 85 44 INPE: 092007814	30/05/23	219,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

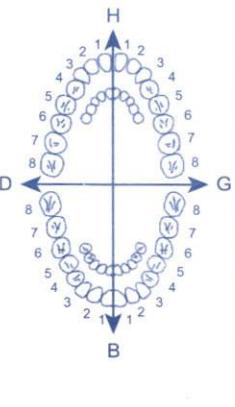
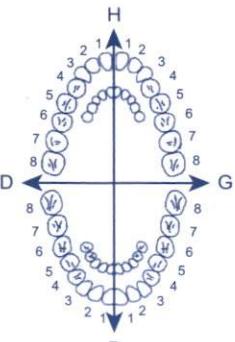
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux									
													
													
<p><b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b></p> <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
				Coefficient des Travaux									
				Montants des Soins									
				Date du devis									
				Date de l'exécution									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

◎

PPV: 10DH30

PER: 09/25

LOT: L3203



Medecin Agreee par

PPU: 79,90 DH  
LOT: 651322  
PER: 10/24



EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00  
EXP 10/2025  
LOT 20018 13

يفي حسن

عام

تعجلات

فحص الطبي

السيارة

Visite de Permis de Conduire

Casablanca, le : 02.05.2023

D'itech yadmine

79,90

\* Du S.V. 100 300 300



40,00  
\* EFFIPRED 20  
d 10 10 10 + 1



PHARMACIE AL MASSIRA  
51, Rue Rahai Ben Ahmed  
Dr. Mme BENOUSSA Oufzae  
Tel: 05 22 24 88 54  
Fax: 05 22 24 85 44

89,50  
\* 111 800 300 300



10,30  
\* DRIFI Hassan 625  
625 Bv Mohamed V Belvédère  
Tel: 05 22 24 14 90

Docteur DRIFI Hassan  
Médecine Générale  
Médecine des Urgences

شارع محمد الخامس، عمارة 625، الطابق 3، شقة 23 (أمام جماعة الصنور السوداء). الهاتف: 05 22 24 14 90 . المحمول: 06 69 02 66 67

Bd Med V, Imm. 625, 3ème étage, Appt. N° 23 (en face la Commune Sokhor Asswada) - Tél. : 05 22 24 14 90 - GSM : 06 69 02 66 67