

# 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.

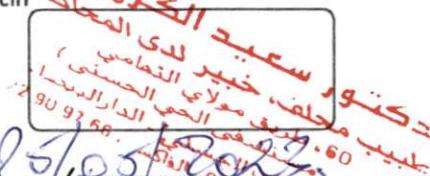
## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>09788</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	<u>ALG 734</u>
Nom & Prénom : <u>HANSAI S. AMIR RA</u>			
Date de naissance : <u>12/05/1960</u>			
Adresse : <u>3, Rue El Senas 18, LABIRONTINE</u>			
Tél. : <u>06 67815818</u>		Total des frais engagés :	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  <u>25/05/2022</u> <u>HANSAI S. AMIR RA</u>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>H.T.A</u> <u>B.R.A.C.U.H</u>			
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 : <u>CARA</u> Date : <u>26/05/2023</u> Signature de l'adhérent(e) : <u>M. HANSAI S. AMIR RA</u> 			

#### **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
15/05/2023	C		200.00	<p style="text-align: center;">           INP : IPNE 1091069666            رقم الحجز : 1122-90-20-04          ماروك       </p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/05/23	888,90

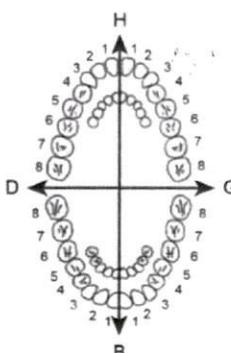
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

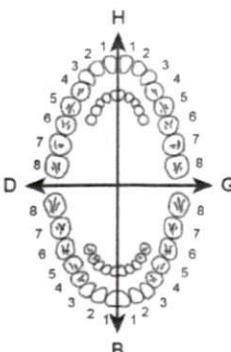
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



## **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

— 1 —

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>	<input type="text"/>
<b>MONTANTS DES SOINS</b>	<input type="text"/>
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>	<input type="text"/>
<b>FIN D'EXECUTION</b>	<input type="text"/>
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>	<input type="text"/>
<b>MONTANTS DES SOINS</b>	<input type="text"/>
<b>DATE DU DEVIS</b>	<input type="text"/>
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>	<input type="text"/>

37,00  
8- Duxol

14,80

١٧٦٢٣٢٠



37,00

9- Tussiphair 200  
14,80

١٩٦٢٣٢٠

55,40

10- Comfan 200

١٧٦٢٣٢٠

SURGAM 200MG  
CP SEC 820  
P.P.V: 55DH40

0  
6 1180001660857

PPV 140H80



T.  
88,90

~~دكتور سعيد الكزو~~  
~~دكتور سعيد الكزو~~  
~~طبيب محلق خبير في المعا~~  
~~طبيب 60. طبيب مختص في العظام~~  
~~فقيه الرحبي 11 شارع~~  
~~مارعلا - 022 90 70 88~~  
~~العنادف.~~



**Docteur Saïd GZOULI**

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

**الدكتور سعيد الكزولي**

طبيب محلـف

خبير لدى المحكـمة

HANSARI Saïd

Casablanca, le :

25.05.2023

49,40

149,40x2

96,00x4

22,70

22,20x2

75,50

59,50

48,10x2

59,50

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -

6 -