

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- Reclamation : 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 : 03090 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SAMO RAH AHMED

Date de naissance : 21.01.1952

Adresse : 619, MAY ESSAMAM EL JADIDA

Tél. : 0675290926 Total des frais engagés : 337,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Dr. GUEROUAL Youssef  
M.D. D.C.P. C.M.  
Résidence Douira Immeuble A 1er Etage  
N° 3 Boulevard Mohamed V  
El Jadida

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/05/2023

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Edophage

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : EDOPAGE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : EDOPAGE

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 : 16/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

#### **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16-05-23        | S                 |                       | 150DH                           | Dr. El Jadida<br>Resident Dr. Nabil Mohamed V<br>El Jadida     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| 16/5/23<br> | 16/5/23 | 187100 Dhs            |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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 <input type="text"/> |
|                              |   |  |             | Montants des soins <input type="text"/>      |
|                              |   |  |             | Début d'exécution <input type="text"/>       |
|                              |   |  |             | Fin d'exécution <input type="text"/>         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |  |             |  |
|                              | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>B<br>11433553 |             | Coefficient des travaux <input type="text"/> |
|                              | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             | Montants des soins <input type="text"/>      |
|                              |   |  |             | Date du devis <input type="text"/>           |
|                              |   |  |             | Date de l'exécution <input type="text"/>     |

دبلوم الفحص بالصدى

الفحص الطبي لرخصة السياقة

الطب العام: داء السكري، ارتفاع الضغط الدموي، أمراض العظام والفاصل، أمراض الجهاز الهضمي  
الأمراض الجرثومية، الربو، مراقبة الحمل

Diplôme en échographie générale

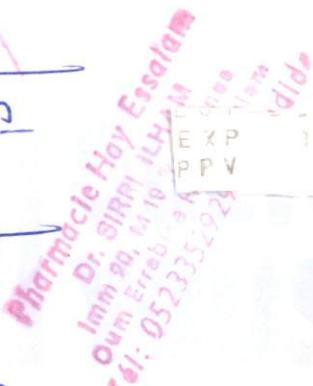
Examen Médical du Permis de conduire

Médecine générale : Diabète, Hypertension arterielle, Maladies des OS et des articulations  
Maladies de l'appareil digestif, Maladies infectieuses, Asthme, Suivi de grossesse.

El Jadida, le 16/05/2023

SAMORAA Ahmed

L 3126  
P 08/25  
85,50 DH



Dr. GUEROUAL Youssef  
Un praticien généraliste à El Jadida  
A Jdida, 100m de la mosquée Al Attarine  
Avenue Mohamed V, Rés. Dounia  
Imm. A 1er étage Appt. 3 - El Jadida

شارع محمد الخامس اقاوه دنيا عماره  
رقم 3 الطابق الأول - الجديدة

Avenue Mohamed V, Rés. Dounia  
Imm. A 1er étage Appt. 3 - El Jadida

05 23 37 15 15

06 73 74 48 72

gueroual.youssef@gmail.com



111241030