

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-796607



### Maladie

Dentaire  
Cadre réservé à l'adhérent (e) \_\_\_\_\_

Matricule : 09907 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : L.A.A. ROUSSI Abderrazak A73852

Date de naissance : 23/09/69

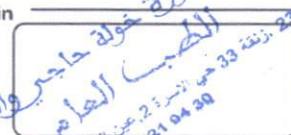
Adresse : N° 6 Rue 21 Hy Ousra Ain chok Casab

Tél. : 0661 09 54 67 Total des frais engagés : 202,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/10/2023

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : rhinitis - cmj melliha

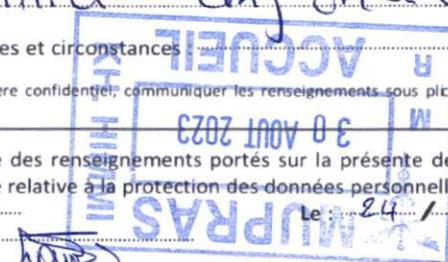
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : Casab Le : 24/08/2023

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
31/07/23	CS.	1	150,00	INP: 04118673 الدكتور [Signature] DASS 21/04/98

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/11/23	32,00

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																							
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	<b>INP :</b> <input type="text"/>																			
				<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>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																		
					<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	00000000	00000000	35533411		11433553	B		
					H	25533412	21433552																
					00000000		00000000																
					D	00000000	00000000																
35533411		11433553																					
B																							
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/>																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																							

Dr.Khaoula HAJJI-OUAFI

Diplômée de la faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Médecine générale

Échographie

Suivi de grossesse - Femmes - Enfants



الدكتورة خولة حاجي وافي

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

الطب العام

الفحص بالصدى

مراقبة الحمل - أمراض النساء - الأطفال

42,00 DH  
Lot: I2104501  
Per: 03-2024

10/100

## ORDONNANCE

Date:

31/07/2023

ASKI bouchre

→ y Nsain 15  
446 اجل →  
y Stein or  
d poul x 4  
3) Phyaue unid 1 den 41  
→ 44 Comprem Stein 75  
100 Amorayin fel 150 den  
52.0



زنقة 33 حي الأسرة 2 ، عين الشق الدار البيضاء

23, Rue 33 Hay El Ousra 2, Ain chock Casablanca

05 22 21 94 30 - E-mail : hajji-khaoula@hotmail.com

T.P : 34025432 - I.F : 15289750