

# 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 caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal El Fassi Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - w



## Déclaration de Maladie

M22- 0059846

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : EL BAODI

Actif  Pensionné(e) 3273

Nom & Prénom : EL BAODI HAFID

Date de naissance : 1950

Adresse : N° 44 J. FATAH - SIDI FAYE, CASABLANCA

Tél. : 06 61 82 68 30

Société : 174073

Autre :

Total des frais engagés : €18 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

04 SEP. 2019

Date de consultation : 30/08/2019

Nom et prénom du malade : EL BAODI HAFID Age : 73

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Fumeur

Pathologie : fistulé

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : CASA

Le : 30/08/2019

Signature de l'adhérent(e) : Pr. Redouan SAMLAII

Salaj 3, Bd La Grande Culture Air



# 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                                                                               |
| 30/08/2023      | C                 | G                     |                                 | <b>P.F. Redouan SAMALI</b><br>Salaj 3, Bd. La Grande Ceinture Ain Diab<br>Casa-Anfa - Tél: 0520 66 68 90/91/92<br>Fax: 05 22 64 8152<br>S.11 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                               | Date       | Montant de la Facture |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| <i>Dr BENHADIA KARIM<br/>Pharmacien - Casablanca<br/>32 Oper 1, Casablanca<br/>Oulfa - Casablanca 22 31<br/>Tél : 05 22 03 22 31</i> | 30/08/2023 | 618,70                |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

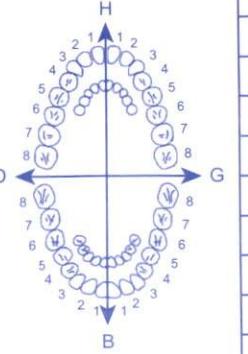
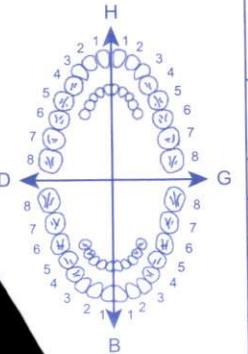
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# 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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|
|   |                                           |                           |                           | MONTANTS DES SOINS      |
|                                                                                      |                                           |                           |                           | DEBUT D'EXECUTION       |
|                                                                                      |                                           |                           |                           | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES                                                            | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                           |                           | Coefficient des Travaux |
|  | H<br>25533412<br>00000000                 | G<br>21433552<br>00000000 | B<br>35533411<br>11433553 | MONTANTS DES SOINS      |
|                                                                                      | 00000000                                  | 00000000                  |                           | DATE DU DEVIS           |
|                                                                                      | 35533411                                  | 11433553                  |                           | DATE DE L'EXECUTION     |

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



090003906

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •  
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIOTHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE  
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS  
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

30108123

91<sup>2</sup> EE BOAD Hafid

180,00

4 Fontadore gel 15g  
2ca m x 31,0-

53,00  
21

Daktarin gel 15g  
1cp x 21,0-

357,00  
31

che mosek 15mg  
1cp x 21,0-

28,70

41

Vogalene 15g  
1ces x 31,0-

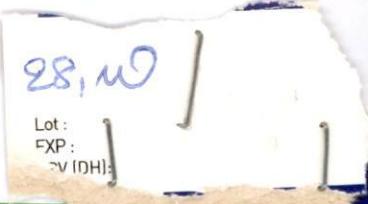
maphar  
Bd Alkemia N° 6, Ql, Sidi Bernoussi,  
Casablanca - Maroc  
DAKATARIN 2% GEL BUC 740G  
P.R.V. : 53DH00

6 118001 180745

Pr. Redouan  
Salaj 3, Bd La Graine  
Casablanca 22 371  
Fax: +212 34 42 93 22 371

LOT: 0203567 EXP: 05/25  
PPV: 357DH00

primés Pelliculés



57 en cas de deuil

1 - Imoder lang  
Lebel per gel si  
 $(< 8 \frac{1}{2})$

2 - Somedan  
1 - 1 - 1. siber

61 en cas de constipation

1 - Diphalaec  
cas 23<sup>1</sup> g

