

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| Matricule : <u>2226</u>  | Société : <u>RAM Retraite</u>                    |                                  |
| <input type="checkbox"/> Actif                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : <u>EL HAMZI MY Ahmed</u>                              |  |                                  |
| Date de naissance : <u>31-08-56</u>                                  |  |                                  |
| Adresse : <u>21 Rue 50 Haus Mandaroma</u>                            |  |                                  |
| Tél. : <u>0660548528</u> Total des frais engagés : <u>129,90</u> Dhs |  |                                  |

### Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/03/24

Nom et prénom du malade : EL HAMZI MY Ahmed Age : 65

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : 11/03/24

Signature de l'adhérent(e) :

ABDELLAH EL HAMZI MY Ahmed

11 MAR 2024

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <p><b>Pharmacie siham</b><br/>           Angle, Rue 31 et 34 Ipt. Omaniya<br/>           N°64 Ain chok - Casablanca<br/>           Tel: 0522 52 63 03</p> | 24/03/24 | 129.90                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

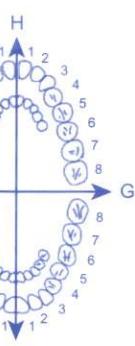
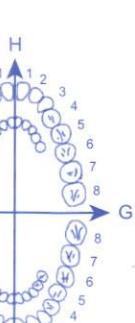
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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'ONDE.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées | Nature des Soins   | Coefficient |                         |
|--|----------------|--|-------------|-------------------------|
|   |                |  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|  |                |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |                |  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|  |                |  |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   |                | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|  |                | H<br>25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D —————— G<br>00000000   00000000<br>35533411   11433553<br>B |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |                | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                         |             | DATE DU DEVIS           |
|  |                |  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **ORDONNANCE**

Bouskoura, le : 11-03-2023

Bouskoura, le : 11-03-2003 EL HAMZI Monday Ahmed

Okrilac: 1 g/ml x 4 fl. oz. S.V.

Hydro: 1 fl. oz. S.V.

Spektum: 1 g/ml x 4 fl. oz. S.V.

Oxygopolis Spray Buccal S.P.

E.S.: 1 g/ml x 3 fl. oz. S.P.

74,80

LOT:282/PER:01/2021  
PPC:55.10 DHS

$$C = 129.9^{\circ}$$

**Hôpital Universitaire International Mohammed V.**  
Dr. ASSISTANT ANAESTHÉSILOGIQUE  
09123512