

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

13664

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07253

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUIN RACHID

Date de naissance :

27/10/1962

Adresse :

Tél. : 0653259410

Total des frais engagés : 380,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور الكومن سعيد محمد  
Dr KOHEN Saïd Mohammed  
MEDECINE GENERALE  
4 Hay My abdellah Rue 167 A Chock  
Casablanca 0522 21 49 27/0661 14 23 13

Date de consultation :

28 NOV. 2019

Nom et prénom du malade :

MOUIN RACHID

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rachid

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 : OASAN

Le : 20/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

OASAN

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° P19-045998

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

# 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
18 NOV 2019	h		140 Dm	Dr KOHEN Said M.D. <i>Dr KOHEN Said M.D.</i> MEDECIN GENERAL 4, Hay My abdelah Rue 167 A Choueifat Casab. 0522 21 47 27/0661 14 23 13

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALAM SEKAT Nadia 430 Bd. Al Qods 1049 Ain chok Tél: 05 22 21 13 26 / P.T. 3402	28/11/19	250,80

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## VOLET ADHERENT

8697M

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

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Dental chart showing upper and lower arches with numbered teeth from 1 to 8. A vertical axis is labeled H at the top, D on the left, G on the right, and B at the bottom. A horizontal axis is labeled H at the top, D on the left				

Dr. KOHEN SAID Mohammed

### **Ex. Médecin-chef de la B.L.S des F. A. R.**

## CABINET DE MEDECINE GENERALE

Bd. SMARA Rue 167 - n° 4

Hay Moulay Abdellah  
Ain-Chock - CASABLANCA

Tél : 05 22 21 49 27

FAX : 05 22 21 29 36

**Autorisation d'Exercer N° 7819**



الدكتور سعيد محمد

## طبيب رئيسي سابق للواء الخفيف للأمن للقوات المسلحة الملكية

عيادة الطيب العام

شروع اسماارة زنقة 167 رقم 4

حی مولائی عبد اللہ

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 21 49 27

الفاكس : 05 22 21 29 36

الدار البيضاء في ..... 28 NOV 2019 Casablanca, Le .....

	YOUNIS	SARA
16,00		
13	ANCOL C	13
22,00	17 x 3yg	17
6	Return 10	10
58,80	12 x 2yg	12
3	ANCOL	12
132,00	125 x 3yg	125
42,00	MAXICUR 125 x 3yg	125
5	125 x 2yg	125
250,80	3yg in 1000 ml	1000 ml
2	1000 ml x 5	1000 ml



PPV(DH):

Lot N°:

Aut. av.:

16,00

issements.

Rhumix®

Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH

  
6 118000 191032

PPV: 132DH00  
PER: 06-21  
LOT: 11346

LOT N°:

UT. AV.:

PPV:

42,00

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي

PPV (DH) :

LOT N° :

3680

UT. AV. :