

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W19-534911

ND: 3195

### Maladie

### Dentaire

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

02189

Société :

RAM

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAATOUQUI Mohamed

Date de naissance :

1956

Adresse :

G.T Rue 105 N°6 OULFA  
CASA

Télé. :

0664022732

Total des frais engagés : 653,20 Dhs

بب محظوظ خبير لدى المعادن

لبلوغه مولى العزاء

(قرب مسجد شفاعة الحق الحسن

ملاعنة - الحسن - الدارالبيضاء

نافذ ، 022 90 70 88

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04/06/2020

Nom et prénom du malade :

MAATOUQUI Mohamed

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

celigisme.

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 :

Le : 07/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
04/04/2020	C		290.90	<p>دكتور عبد العزيز العبدالله</p> <p>طبب مجاز، متخصص في التغذية</p> <p>60، طريق الملك عبد الله الدائري</p> <p>جبل عالي، مكة المكرمة - المملكة العربية السعودية</p> <p>(رقم 111111111111111111)</p> <p>العاشر من رمضان ٢٠٢٠</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 pratique 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Saïd GZOULI**

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

**الدكتور سعيد الكزولي**

طبيب محلف

محام لدى المحاكم

~~MAISON Qui DATAT~~

Casablanca, le : 04-06-2020

الدار البيضاء، في :

PPV 98DH80  
EXP 07/2022

PPV 98DH80  
EXP 07/2022  
LÖT 96031 2

1. Neofastal 16  
52x98.80 x 2660

14 x 3/1.

✓ 5.

2. Nutesa  
32,10 100x81 P  
32,70 ✓ 5.

Lot n° : 200041  
À consommer de  
préférence avant le : 12/2023  
PPC : 79,95 DH

3. OXANTU  
79.95 14 x 3/1. ✓ 5.



4. Mepanamat 45  
68,60 14 x 3/1. ✓ 5.

68,60 DH  
06560233 Imp

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف : E-mail : drgzsa@gmail.com

20005 PER:01/  
PPU:21,00 DH

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
P.P.V :54DH00  
LOT: 9MA029  
05.05.2021  
6 118000 010531



دكتور سعيد الكعوب  
طبيب مصري متخصص في النساء والتوليد  
رقم مسكنه في الكورة الأولى  
مارعوا - الرحمي ١١٦٦٦  
الهاتف: ٩٠ ٩٢٢ ٩٨٨