

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-557329

ND: 35947

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05757

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TA GHI

ESSAKDIL

Date de naissance : 18.03.1959

Adresse : 13 Rue TA7OUADA HAY HANA

Tél. : 0661345632

Total des frais engagés : 1169 dh

دكتور سعيد الحموي

طبيب معاون خبير لدى المحافظ

طريق مولاي التسالي 60

(قرب مستشفى الحفي الحسيني - الدارالبيضاء)

مارفل - الحفي الحسيني - الدارالبيضاء

العنوان: 290 97 56 - 022 90 70 88

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/06/2020

Nom et prénom du malade : TA GHI PCSADDIK

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : HTA

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 suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/06/2012	PC		2000 DA	<p>INP : 09/06/6666</p> <p>دكتور جعفر بن علي</p> <p>رقم المريض: 1124401088</p> <p>نوع المرض: 60</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL JAOUI Dr. JAOUI Bouchra Rue 22 N° 36 Hay El Hana Casablanca Tél.: 0522 39 91 24	18/06/2012	<b>PHARMACIE EL JAOUI</b> <b>Dr. JAOUI Bouchra</b> <b>Rue 22 N° 36 Hay El Hana</b> <b>Casablanca</b> <b>Tél.: 0522 39 91 24</b> <b>969.00</b>

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

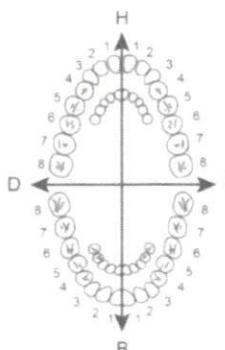
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

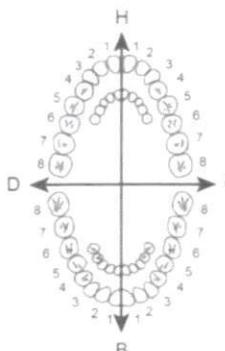
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]



#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الخزولي

## Médecin Assermenté

## Expert près les Tribunaux

طیب محلف

لدى المحاكم

Casablanca, le : ١٨-٠٦-٢٠٢٠ الدار البيضاء، في:

22.70

for you Catcher 1615 am

103.6°

6 118001 030132

COTAREG 160/25 mg

simplices per

### 3. Reinforcement

22.7° + 2

**PHARMACIE EL J  
Dr. JAoui Bouch  
Rue 22 N° 36 Hay El Ham  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 91 24**

Tel.: 0522-  
9669,00

SV

AS

L JAOU  
Buchra  
El Hanan  
Hay 36 N° 22 Rue  
Casablanca 24 39 91 0522 Tél:

22.10

2 Yes

6 118001 030132  
COTAREG 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 205,00 DH

6 118001 030132  
COTAREG 160/25 mg  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 205.00 DH

18001 030132  
AREG 160/25 mg comprimés pelliculés  
PPV : 205.00 DH

PPV: 103,60 DH  
LOT: 620102  
PER: 08/21

٦٥، طبـة مـلاـيـة التـهـامـيـة (قبـب مـصـحة الضـمـان الإـجـتمـاعـيـ) مـازـولاـ. الحـيـ الحـسـنـيـ. الدـارـالـبـيـضاـ

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

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