

# 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.

## 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 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

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

ND: 41592

## Déclaration de Maladie : N° S19-0001110

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11117 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELMAOKI Yasmine Date de naissance : 12/09/77

Adresse :

Tél. : 06 44 21 63 35 Total des frais engagés : 24 SEP 2020 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Docteur SEMMAMI Mouna

OMNIPRATICIENNE

Rés. Al Mostakbal - GH 34 Imm 300

N° 1 Bd Al Qods - Sidi Maârouf - Casa

Tél : 05 22 97 26 91

CA

Date de consultation : 27 JUIL 2020

Nom et prénom du malade : 11<sup>e</sup> El Nouki Yasmine Age : 15 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dysménorrhée

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 : RAM

Signature de l'adhérent(e) : Yasmine

Le : 25 SEP 2020

ACCUEUILLANT

## 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
27 JUIL 2020	C1		150,00	<p>Docteur SEMMAMI MOUNA OMNIPRATICIENNE Rés. Al Mostakbal - GH 3, 1mm 300 N° 1, Bd Al Qods - Sidi Maârouf - Casab Tél : 05 22 97 26 91</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MIA Rés. Riad El Ghazal - GH 5, 1mm 1 Tél : 0122 05 04 70	27/7/20	170,70

## 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
		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 de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

H	21433552
D	00000000
B	00000000
G	35533411 11433553

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412
D	00000000
B	00000000
G	35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

*Dr Mouna SEMMAMI*

Diplômée en expertise médicale  
et réparation du dommage corporel

## Diététique Médicale et Nutrition Dermatologie interventionnelle

Médecine Générale

الدكتورة منى السماانى

مجازة في الخبرة الطبية

و إجبار الضرر

## التربيـة الغذـائية و الحـمية

التدخل الجلدي

الطب العام

الدار البيضاء، في 27 جانفي 2020

Nik El Yonki Jasmine:

15

	1/	Extra mag.	PPV : 95,00 DM
95.-	1	cp le matin	(17/05)
2)			
30.-	1	Nuro dol 600 mg 1 cp / 6 h	
30.-	1		30,00
3)		No Spa forte	
45.-	3/	cp x 3 / J	sidonie
45.-			
170.-			
		PHARMACIE MIA Riad Soufia GH5, Imm. tél: 0522 65 04 70	
		ateur SEMMAMI Mouna NIPRATICIENNE ghal - GH 34 Imm. 200 Sidi M'zoud Casablanca 6 1180000	
		REF: 09 20022 P.P.V: 450H00	

COOPER PHARMA  
PPC : 95,00 DH

APPENDIX

107

PER

30,00

*Sidonker*



إقامة المستقبل، GH 34، عمارة 300، رقم 1، شارع القدس، سيدي معروف، الدار البيضاء  
Résidence Al Moustakbal, GH 34, Imm. 300, N° 1, Bd. Al Qods - Sidi Maârouf - Casablanca

📞 05 22 97 26 91

091165589