

## 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 Aljal 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-512001

ND: 42610

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13297

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ALAOUI

EL MOUAFIR

Date de naissance : 20/03/1996

Adresse : 45 rue 6 quartier 9 juillet

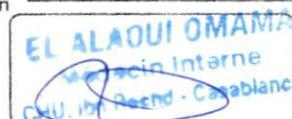
BER RECHT ID

Tél. : 0662736663

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/08/2020

Nom et prénom du malade : El Aloui El Youssfi Age : 24 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection proctologique

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 :

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
03/08/2022	L		62.	INP : 109010015042 EL ALAOUI OMAMA Médecin généraliste Bachir TA Sédence

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASNOUS Docteur en Pharmacie de ASSALAH Hay Al Houde BERRECHID 05 22 32 84 84	03/08/2020	333,52

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

**ÉTÉE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la maladie 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'ODF

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	<input checked="" type="checkbox"/> 00000000	00000000	35533411	11433553	B		D		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H		G																			
25533412	21433552	00000000	00000000																		
<input checked="" type="checkbox"/> 00000000	00000000	35533411	11433553																		
B		D																			
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

Cachet du pharmacien

122,70

ASMOUD Samir  
Docteur en Pharmacie  
Rue ASSOC LAM Hay Al Houda  
BERRECHID  
Tél: 05 22 32 84 94

119,50

1 Dalfon Nasal S.V.



LOT: 200360  
PER: 02-23  
PPV: 16,00DH

122,70

1cp x 2 ij

soft 245

puis 21 Dalfon Nasal S.V. Nasal gel

LOT: 200209  
PER: 02-23  
PPV: 19,30DH

16,00

1cp x 2 ij

15,65

31 Titanequine crème



19,30

1app x 2 ij

19,50

41 Titanequine S.V. Suppos

56,00 18mp le soir

87 S.Mareine S.V. crème,



1cp x 2 ij

T 333,50

ASMOUD Samir  
Docteur en Pharmacie  
Rue ASSOC LAM Hay Al Houda  
BERRECHID  
Tél: 05 22 32 84 94

A Casablanca Le 08/10/2020

El Yousfi El Abohi

LOT: 200360  
PER: 02-23  
PPV: 16,00DH

LOT: 200209  
PER: 02-23  
PPV: 19,30DH

15,65

Distribué par :  
OVADIA PHARMA  
1022, Av Hassan II, Nattane  
Fabricqué par :  
EMMECOSMETIC  
Via Saratoga-Pertini  
21010 Arago Seprio (VA)  
ITALIE

LOT : 64-19  
EXP. : 12 / 2021  
PPC : 56,00 DH



EL ALAOUI OMAMA  
Chambre Interne  
Chambre d'Assurance  
Chambre d'Assurance