

## 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.

### Pathologie 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.

### Prothèse :

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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-577051

ND 4318

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

8365

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JRIA ABDELLAH

Date de naissance :

04 - 01 - 1964

Adresse :

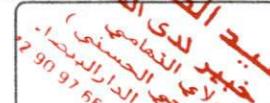
VILLA 125 - RUE 13 - B<sup>3</sup> - OUD ERRADJI  
EL JELFA - CASABLANCA

Tél. :

06 61 23 33 76 Total des frais engagés : 200 + 279,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

05 OCT. 2020

Age :

Nom et prénom du malade :

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie :

JRIA SAMIA BRAHIM

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 : CASABLANCA

Le : 07/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Ates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15 OCT 2020	C		600	طبب محلـفـ خـاصـ التـامـيـ
			50	طبـبـ مـحلـفـ خـاصـ التـامـيـ
			2.90	دـكتـورـ الـطـبـ الدـارـ الدـينـ
			2.90	(قدـرـ سـعـيـةـ الـجـمـعـيـةـ الـعـوـنـيـةـ)
			2.90	الـجـمـعـيـةـ الـعـوـنـيـةـ
			2.90	سـعـيـةـ الـجـمـعـيـةـ الـعـوـنـيـةـ

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DOPHACIE AL OUAIK Haj N Pharmacien en chef AV. OUAISI 05 CASABLANCA	06/07/20	279,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 pratiqué en indiquant la nature des soins.												
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.												
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
	Determination du coefficient masticatoire		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	<hr/>		00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	H	G										
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	<hr/>											
	00000000 35533411	00000000 11433553										
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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 الغزولي

Casablanca, le : 06 OCT 2020 الدار البيضاء، في :

1. OpiKee 200 mg 1x10 6116  
170,00

OT 192974  
P 12 21  
PV 170.00 DH

2. Padolii 42,00 2x10 1x10

3. Fuadol 14,50 1x10 1x10 1x10

4. Qedex 20 52,80 1x10 1x10

279,30

PHARMACIE AL OUARD  
S. CHALAK Haj Nassar  
Docteur en Pharmacie  
55, Av. Oued Seb - El Oule  
Tél / Fax : 05 24 90 53 45  
ICE : 00154146800005  
CASABLANCA

190679  
01/2022  
52.80DH

الدكتور سعيد الغزولي  
الدار البيضاء، المغرب  
العنوان: 50 طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء  
التلفون: 05 22.90.90.90 - 05 22.90.97.66 - 05 22.90.97.66

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