

## 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 | adhésion@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



## Déclaration de Maladie

N° W19-552937

ND: 50 480

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7375

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

WAHBI MOHAMED

Date de naissance :

01/10/31/1967

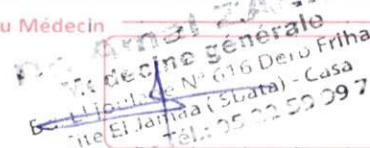
Adresse :

Tél. : 0663111743

Total des frais engagés : 130 + 145,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/11/2020

Nom et prénom du malade :

Baid Latif

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

infection

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements suivants à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



08 DEC. 2020

ACCUEIL

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-552937

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7375

Nom de l'adhérent(e) : WAHBI

Total des frais engagés : 130 + 145,00

Date de dépôt : 07/11/2020

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
10/11/2020	CS	G	138,00	INP : 09128478478 Cachet et signature du Médecin
				<i>Dr. Houda Amzalag Rue II - Ain Chock Hôpital</i>
				<i>26-11-2020</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Soumissionnaire	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Houda Amzalag Rue II - Ain Chock Hôpital</i>	10/11/2020	145,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M	I V

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'O.D.F.				
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				
H	25533412	21433552	G	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
D	00000000	00000000	B	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	55533411	11433553		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel thérapeutique nécessaire à la prothèse				
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

**Dr.Amal Zalim**

SUIVI GROSSESSE  
Echographie  
Electrocardiogramme  
ECG  
Médecine générale



**الدكتورة أمال زليم**

متابعة الحمل  
الفحص بالصدى - التلفرزة  
التخطيط الكهربائي للقلب  
المجامة  
الطب العام

Casablanca, Le : 10/11/2020 الدار البيضاء، في :

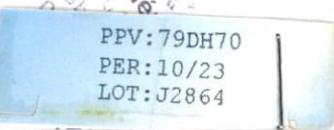
Mme Baidol Ratifa

79,70

S.V.

1) Zithromax 100 mg ou A2

1x4 7dt = 32



2) Ibramtel 100

— 1cp x 30

22,70

3) Lechyl S.V. 100



4) Additivo multivit



شارع الجولان رقم 616 درب فريحة قرية الجماعة (سباتة) الطابق الأول- البيضاء

للهاتف 77 99 59 22 05 البريد الإلكتروني amal\_zlim@gmail.com

4460

Mobic 75 mg

PPV: 42DH60  
PER: 04/23  
LOT: J1178

ملي ام الـ  
الـ مـ

145,00

صيدلية أمان  
Dr. Houda Aman  
Bd. TAH Rue 17, N° 10 el 12  
Hay Osra II - Ain Chock

Dr. Benay Jaffa  
Médecine Générale  
El Gheib El Hammam - Casablanca  
7e étage - Tél: 0524 22 2972