

## 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

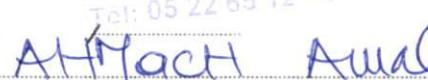
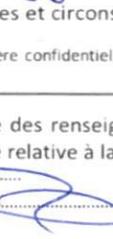
- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com   |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com       |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@mupras.com |

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.

N° W19-417122

ND: 51447

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	09721	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	GADRIEN RACHID
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06 78 06 15 96	Total des frais engagés :	244,22 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     Dr EL OUANZANI HAM                      Médecin Général                      Logement Riad S                      N°7 - IMM 5 GH5 -                      20230 - Casablanca                      Tel: 05 22 65 12 00                 </div>			
Cachet du médecin :			
 Dr EL OUANZANI HAM Médecin Général Logement Riad S N°7 - IMM 5 GH5 - 20230 - Casablanca Tel: 05 22 65 12 00			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : AHMACH Aoual Age: 1973			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : affection			
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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : CASA			
Signature de l'adhérent(e) :			
  13 DEC. 2020			
 13 DEC. 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
	G		1000	INP: 041212259 Médecin: Dr. S. C. Loyerement: Dr. S. C. N°: 3 IMM 5 G 15-1 Casablanca 20230 / Casablanca Tél: 06 22 95 12 19

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

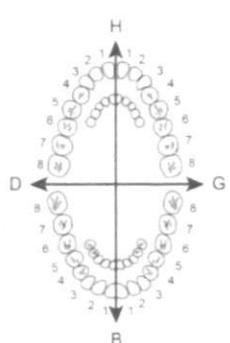
Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

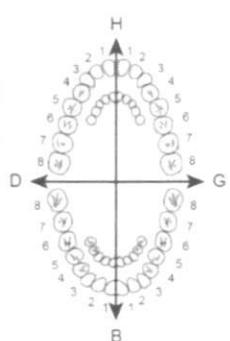


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### (Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAIL M

## MONTANTS DES COINCS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'ÉMISSION

1965

1100

1

X

1000

1000

\_\_\_\_\_

Docteur Ilham EL OUAZZANI  
 Medecine Générale  
 Lauréate de la Faculté  
 de Medecine et Pharmacie Hassan II  
 Casablanca



الدكتورة إلهام الوازاني  
 الطب العام  
 خريجة كلية الطب  
 و الصيدلية الحسن الثاني  
 الدار البيضاء  
 الطار البيضاء

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

## Attmact Amal.

22,-

18,-

21,-

21,-

21,-

8,-

Casa.

1. Amoxil 1g e.g. disq  
 1CP x 21,- 50,-

2. pulmo fluide Sirop  
 1CàS x 31,- 18,00

3. Febrex sach.  
 1Sach x 31,- 20,-

4. Migralopine gelules  
 1gélule x 31,- 20,-

5. otofa gttes auric.  
 20,- x 3 28,50

PPV: 55,00 DH  
 LOT: 621932  
 PER: 03/21

LOT: 8304  
 UT.AV: 02-23  
 PPV: 21DH00

PPV: 21DH00  
 PER: 04/22

PHARMACIE INNE SOFIA  
 Dr. Riad SOFIA GH 2 N° 73 IMM 5 Lissasfa  
 Riad SOFIA Tél: 05 22 65 85 51

144,-

Lotissement Riad Sofia RDC N°73 IMM 5 GH5  
 Lissasfa - 20230 Casablanca / Tél: 05 22 65 12 19