

## 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 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

Nº W19-502667

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6425	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Hemmi Abdellatif
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0668183425	Total des frais engagés :	355,50 Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Docteur El Arabi Redouane Médecin Agréé par Le Ministère de La Santé Aut. N°: 1589 Tél: 06.22.03.03.09			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	20.12.2019	Age:	17
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : 20.12.19

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
20.12.2015		2	150000	INP : 09 104774 Dr El Arabi Redouane Médecin Agréé par Le Ministère de La Santé Aut. N° : 1589 Tel. : 06.22.03.03.99

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<b>HARMACIE DATTIER</b> <small>Montant de la Facture</small> <b>TAZI Nafis</b> 140 B, Lot Haj Fateh 5, Lissasfa Casablanca - Tél: 05 22 89 52 21 <b>20/12/19</b>
<del><b>HARMACIE DATTIER</b></del> <del>TAZI Nafis</del> <del>140 B, Lot Haj Fateh 5, Lissasfa</del> <del>Casablanca - Tél: 05 22 89 52 21</del>	<del>20/12/19</del>	<del>20/12/19</del> <del>140 B, Lot Haj Fateh 5, Lissasfa</del> <del>Casablanca - Tél: 05 22 89 52 21</del>

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25633412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**Dr. Redouane EL ARBI**

*Médecine Générale*

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

scabiol®  
solution à usage externe  
18,20

لختان

Casablanca, le :

20.12.2018

Himmi Immy



90,80

50,00 HARMACIE DATTIER  
TAZI Nafis  
140 B, Lot. Haj. Haj. 5, Lissassa  
Casablanca - Tel: 05 22 89 52 21



Giphiger 106



66,50

18,20 HARMACIE DATTIER  
TAZI Nafis  
140 B, Lot. Haj. Haj. 5, Lissassa  
Casablanca - Tel: 05 22 89 52 22

Dr. EL ARBI Redouane  
Médecine Générale  
141, Lot. Haj. Haj. 5, Lissassa  
N°2 El Oufi - Casablanca  
Tél: 05 22 93 00 00

18,20 HARMACIE DATTIER  
TAZI Nafis  
140 B, Lot. Haj. Haj. 5, Lissassa  
Casablanca - Tel: 05 22 89 52 21

تجزئة الحاج فاتح - الرقم 141 - الطابق السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 93 03 09

Lotissement Haj Fateh Lot 141 - R.D.C - Appt. N° 2 - Casablanca - Tél. : 05 22 93 03 09

مخاد حيوى

كبسولة  
24

500

فلاوكس سالمين



90,80

LABORATOIRE PM

630

LOT: 0048  
PER: 02-22  
PPC: 46,50DH

Septogerm®

UTILISATION: Septogerm  
l'organum capitulo Sep-  
toides (Staphylococcus  
suis) Mode d'emploi:  
Appliquer  
solguenue.  
PRÉCAUTIONS: Ne pas  
utiliser par voie artificielle

0 0  
0 2 H  
0 4 D  
0 6 O  
0 8 T  
1 0 M  
1 2 E  
1 4 T  
1 6 M  
1 8 E  
2 0 T  
2 2 M  
2 4 E  
2 6 T  
2 8 M  
3 0 E  
3 2 T  
3 4 M  
3 6 E  
3 8 T  
4 0 M  
4 2 E  
4 4 T  
4 6 M  
4 8 E  
5 0 T  
5 2 M  
5 4 E  
5 6 T  
5 8 M  
6 0 E  
6 2 T  
6 4 M  
6 6 E  
6 8 T  
7 0 M  
7 2 E  
7 4 T  
7 6 M  
7 8 E  
8 0 T  
8 2 M  
8 4 E  
8 6 T  
8 8 M  
9 0 E  
9 2 T  
9 4 M  
9 6 E  
9 8 T  
1 0 0 M

Clinifac®