

# 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.

## Médecine 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.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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 caractére 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](http://www.mupras.com)

N° = 18021

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011376

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1864 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KOUTANI M E I Date de naissance : 1945

Adresse : CITE MASSANI RAJAD N° 947 CR

Tél. : 05228949466 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Fatima AARAB  
GASTRO ENTEROLOGUE  
5, Rue Doukkala - Mohammedia  
Tél : 05 23 32 04 48*

Date de consultation : 18 / 1 / 2020

Nom et prénom du malade : KASSEDE FATIMA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : TR DIBI STIG

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : TR DIBI STIG

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 : .....

Le : 27 JAN 2020

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

## **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
18/12/2013	62	1	300,00	
				DOSSIER ENTRÉ TRAITEMENT ARAB 05/05/2013 Mohammmed 13:32:04 49

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BAGHDAD</b> <b>Roger Ibrahim SEFRAOUI</b> <b>12, Rue de Bagdad</b> <b>S 23 31 02 95 Mohammad</b>	<i>No 1346 Nethra Jetafer Bersfield Forland St</i>	<i>319,80</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'ORL.

# Docteur Aarab Fatima

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Estomac - Intestins - Foie - Hémorroïdes

Fibroscopie Digestive - Echographie abdominale

Diplôme de la Faculté de Médecine de Nancy



# الدكتورة أعراب فاطمة

متخصصة في أمراض الجهاز الهضمي  
المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير  
الكشف بالمنظار - الكشف بالصدى

خريجة كلية الطب بناسسي



## ORDONNANCE

Mohammedia, le :

18 1 20

M- KASSEDE FATIMA

32,00

X- No Spa im  
Tim / T



- 40,40 <sup>dh</sup> X-

metax par 30

N 2

3x1 psl /

Ar h Rep

- 79,50

Zeholon



(54,00) X-

Dn spahel 20

3x1 psl / T x 35  
Apr h Rep



- 73,50 - fida  
319,80

521,17

PHARMACIE BAGHDAD  
Dr. Fatima A.  
GASTRO ENTEROLE  
F. Rue Doukkala - Moham  
Abderrahim SERRAOUI  
13, Rue de Bagdad  
Tél : 05 23 31 02 98  
05 23 32 04 48

Lot. 072  
Utiliser de préférence avant le : 10/2024  
PPC : 79,50 DH

زنقة دكالة قيلا أوبيجيري رقم 5 المحمدية - الهاتف : 05 23 32 04 48

Rue Doukkala Ville Oubenyahia N° 5 Mohammedia - Tél. : 05 23 32 04 48