

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dumt 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-432308

N° : 19606 CP



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>10594</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL HAYLANI-ABDE-RAHIM</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>06 61 26 99 83</u> Total des frais engagés : <u>3.588,60 + 150</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
<u>Dr Mostafa TACHFINE</u> <u>MEDECIN DIABETOLOGUE</u> <u>381 Bd IDRIS EL HARTI C-D CASA</u> <u>Tel. : 05 22 38 09 87</u>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>27 Janv 2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>M. EL HAYLANI A bennahim</u> Age: _____			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>DIABETE</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>Le malade a été victime d'un accident</u>			
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 : \_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent(e) : C.A.E.T,  
Le : 27 Janv 2020

Dr Mostafa TACHFINE  
MEDECIN DIABETOLOGUE  
381 Bd IDRIS EL HARTI C-D CASA  
Tel. : 05 22 38 09 87

## **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
10/01/2017	OI	0.1	150.00	INPE:09117-046 Mostafa TACHFINE DIABETOLOGUE HARTICO-CASABLANCA 59 87

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA MUSIQUE</i>	27/01/2020	3588,60

## **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 canalaire, 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2"><b>H</b></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td colspan="2"><b>D</b></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td colspan="2"><b>B</b></td></tr> </table>			<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		<b>D</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		<b>B</b>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
<b>H</b>																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
<b>D</b>																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
<b>B</b>																						
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

27 Janv 2020

Dr Mostafa TACHFINE  
MEDECIN DIABETOLOGUE  
381 Bd IORRISS EL HARTI C-D CASA  
Tel : 05 22 38 69 87

El HAYLANI Abdellah (D)

390,  $\alpha \times 4$  7. GALVUS MET / 50 / 1000 S.V.

78, 70  $\times 4$  1. - - -

2. Diamicro 60

105,  $\alpha \times 4$  2. - - -

3. INOPREL 4 mg

265,  $\alpha \times 3$  4. BANDOLATE à Glycerine  
2x 1

120,  $\alpha \times 3$  5. SOLAM 30g S.V. S.P.

39, 70 6. AZIX DW 8<sup>2</sup> 28 S.V.

87,  $\alpha$  7. NOISELUM 9

3588, 60 1, 1, 1 S.V.

Dr Mostafa TACHFINE  
MEDECIN DIABETOLOGUE  
381 Bd IORRISS EL HARTI C-D CASA  
Tel : 05 22 38 69 87

LOT 120,70  
PER 02/21  
PPV 120DH70

LOT 19-1  
PER 02/21  
PPV 120DH70

Nuselium 1 mg  
Boîte de 20 comprimés  
018000091890

LOT 0244  
UT. AV : 12-21  
P.P.V : 29 DH 00

78,70

78,70

78,70

78,70

6 118001 031092  
CALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092  
CALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092  
CALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

LOT 120,70  
PER 02/21  
PPV 120DH70

AZIX 500 mg O

105,00

LOT 191344

EXP 06 2021

PPV 105 00

105,00 105 00

PPV 105 00

105,00 105 00

PPV 105 00

79,70

PPV 79DH70  
PER 07/22  
LOT 11843

6 118001 031092  
CALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH