

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| □ 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.

N° W19-438428

NR = 20252

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

02488

Société :

R-A-M retraites

Actif

Pensionné(e)

Autre :

AARAICH

MOHAMMED

Nom & Prénom :

01-01-1955

Date de naissance :

Adresse :

HAY AL QODS RES AL FAJR IM JN°07

3rdi EL BENDAHI CASA

Tél. :

0660718087

Total des frais engagés

646.31

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Médecin généraliste  
Dr. Ilham EL KANJAR  
Faculté Imm. C1 Apr. 3 Quai Sidi Ben Housseini  
Casablanca - Tél: 05.22.73.20.05

Cachet du médecin :

Date de consultation :

01/02/2020

Nom et prénom du malade :

AALI CH MANAL

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

OMAG

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 :

CASA

Le

07 FEV 2020

Signature de l'adhérent(e) :

04/02/2020

ACCUITE / 2020



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GHOFRAINE BP 116 Bloc (C) F.D.R. 26000 Sidi Bernoussi Tunisie	27/02/2013	526.35

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MÉDICINAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **BELLEVE 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"/>																		
				<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"/>																		
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																					
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
G																						
B																						
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																		
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		

Docteur Ilham EL KANJIAR

MÉDECINE GÉNÉRALE

Fadila - Hay EL Qods IMM. C1  
Appt. 3 - RDC - Bernoussa  
Casablanca - Tél. : 05 22 73 20 65

الدكتورة إلهام الكثيّار

الطب العام

الفضيلة - حي القدس - عمارة C1  
الشقة 3 - الطابق السفلي - البرنوصي  
دار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 20 65

ORDONNANCE

Casablanca, le .....

01/08/2016 الدار البيضاء في

ALR 5000 MANAL

10470X3 ALR 5000 TRICAF ag mg su TRICAF ag mg

ASPIRIN 150

83.20 21 Spectrum 500 g  
S.V.

2P x 2f. (50)

5840 31 Effervescent 500 eff  
S.V.

3Pf. le matin ap  
dans l'eau Dr. Ilham EL KANJIAR  
Fadila Imm. C1 Appt. 3 Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tél: 05.22.73.20.65

Feb 41 Amoxicilline 500 g su OF loc GT  
S.V. 8gts x 4f. (80) gts

Dr. Ilham EL KANJIAR  
Médecin généraliste  
Fadila Imm. C1 Appt. 3 Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tél: 05.22.73.20.65

PHARMACIE GHOFRAANE

D. RIDUA LAILA

Rue 2 N° 116 Bloc (C)

Quartier Al Qods Sidi Bernoussi

Casablanca

52630

104,70

104,70

104,70

83,20

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 10/2022  
LOT 98025 2

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Ofloctet 1,5 mg/0,5 ml sol  
auriculaire b20  
P.P.V : 70,60 DH  
  
61118001 080571