

## 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 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 |

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		(2268)	
Matricule :	8114	Société :	QA VI
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : GRIOU ABDERRAHIM			
Date de naissance : 31.06.1963			
Adresse : Lot MULTHAMI EL ouffa CASA			
Tél. : 0662 37 22 45	Total des frais engagés : 2.78.3 of 200 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input 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 plconfidential 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 : 21/02/2020  
Signature de l'adhérent(e) : 47P

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
14/02/2000	C		100.00	INP : 09106966p Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/02/2020	228,80

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																												
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																												
<b>Important :</b> 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"/>																						
						Début d'exécution <input type="text"/>																						
						Fin d'exécution <input type="text"/>																						
		O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>																					
				<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">D</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">B</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">35533411</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>			H		G	25533412		21433552	00000000		00000000	D			B			35533411			11433553			Montants des soins <input type="text"/>
		H		G																								
		25533412		21433552																								
		00000000		00000000																								
D																												
B																												
35533411																												
11433553																												
		<p>[Création, remont, adjonction]            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis <input type="text"/>																							
					Date de l'exécution <input type="text"/>																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>					<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																							

# Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

# الدكتور سعيد الكزولي

طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم

Casablanca le 14 FEB 2020 : الدار البيضاء، في :

*M. A. GRIOU Dreyfus*

86,90

1. Espace 20

14 le mi

86,90

25,00

Carbolin

PHARMACIE OUEIERRAII

Dra. Nane DIBAH

49, Boulevard OUEIERRAII N° 1555 AM, EL OUEI  
CASABLANCA - Tel: 05 22 90 00 72 - Fax: 05 22 90 12 66

40,40

2. Refoscamyl

26,00

3. Biofar 12 vitamines 12 minéraux bte 20

4. Mazola 100g

CARBOLINE CP BTE 30

PPC : 75,00 DH

Ut Av : Lot :

09/2022 D338H

IPHADEM

Date de fabrication / Manufacturing date :

Date de péremption / Expiry date :

Lot n° / Batch n° :

A consommer dans les 2 mois suivant la date de fabrication.

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alivérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

506

Biofar 12 vitamines 12 minéraux bte 20  
PPC : 76,00

Ut Av : Lot :

05/22 9091/2

IPHADEM

Date de fabrication / Manufacturing date :

Date de péremption / Expiry date :

Lot n° / A consommer dans les 2 mois suivant la date de fabrication.

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الفنان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء،

60 Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tel. : 05 22 90 70.88 - الهاتف: - E-mail : drgzsa@gmail.com