

# 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

22538

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8580

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAZAR SEZOUA

Date de naissance : 16/03/60

Adresse : 19 Rue FSLY Edoufia

Tél. 067313040

Total des frais engagés : 130 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/02/2020

Nom et prénom du malade : HAZAR SEZOUA Age: 58 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Allergie Respiratoire et Générale

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 : 12/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Gynécologue Obstétricien  
192 Bd. Zerkouai - Casablanca  
Tél: 0522 20 78 74 75

#### **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
12/02/2020	Gyn		Ottawa Dr. MOHAMMED ZIA Gynéco 192 Bd Signature - Casablanca	ANNACIR ZIA Obstétricien 192073/74/95

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	
<b>Mme ALLOUACHE Zohra Arénès</b>	
<b>Pharmacie Idriss Eddine Sayouri</b>	
5, Rue Idriss Eddine Sayouri	
Quartier Racine	
05 22 36 28 24 - Casablanca	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme ALLOCHE ZANJ Pharmacie les Arénés 5, Rue Jules' Eddie Sayou Quartier Racine 92 36 28 24 - Cambolles	20/02/2020	T = 675,40

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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 :**

/euillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
					Coefficient des travaux																
					Montants des soins																
					Début d'exécution																
					Fin d'exécution																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	G	21433552	D	00000000	G	00000000	B	00000000	G	00000000	35533411		11433553		Coefficient des travaux
H	25533412	G	21433552																		
D	00000000	G	00000000																		
B	00000000	G	00000000																		
35533411		11433553																			
		<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins																
					Date du devis																
					Date de l'exécution																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																					
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																					

## عيادة أمراض النساء و الولادة

# Cabinet de Groupe de Gynécologie-Obstétrique

الدكتور م.ن. الزهيري

Dr. ZHIRI M.A.

أمراض النساء والولادة  
الفحص الصوتي

Gynécologue - Accoucheur  
Echographie

ICE 00170276300004  
INPE 091141598  
IF 35504783  
CNSS 2563379

## Casablanca, le :

## **ORDONNANCE**

ORDONNANCE  
12 D22020

الدكتور أ. حمدوش

Dr. Hamdouch A.

## أمراض النساء والولادة

Gynécologue - Accoucheur  
Echographie

LOT: 190087  
BLDG: 07-2022  
69-JT-0H

LOT: 190049  
DUUO: 02/2022  
69.000H

préférence avant le :  
**PPC : 79,90 DH**

*Suspension pour perte de sang*  
Flacon de 40 doses  
P.P.V: 56,20 DH  
Distribué par MSD Maroc

Région de Rabat  
PPV 248,00 DH  
118001 141104

ZENITH PHARMA  
PPV 27 90 DHS  
ADSP n°52 DMP/21/NRC

$$(69,000 \times 2)$$

S.V

TSV

S.V.

S.V.

S.V.

5

Dr. MOHAMMAD ANI  
ZAHRI  
1950

DT : 190921  
PER : 05-21  
PPV : 45,00DH  
stéaryl liquide

Résidence Bagdad 192, Boulevard Zerkouni - Anfa Rue Moussa Ibnou Noussair - Casablanca

الاتّف : 05 22 20 20 75 - الفاكس : 05 22 20 20 73/74/75