

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-520662

Carrefour

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>01421</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>KETTANI MOHAMMED TAJEDDAINE</u>
Nom & Prénom : <u>KETTANI MOHAMMED TAJEDDAINE</u>		Date de naissance : <u>25-11-1951</u>	
Adresse : <u>Res. EL FIRDOUS N°3 Rue 81 RT de Mekka</u>		Tél. : <u>06657673</u>	
		Total des frais engagés : <u>183,20</u> DHS	

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: 0;"> <p style="margin: 0;">Youssef JOUAFRI</p> <p style="margin: 0;">Centre de Santé Jenane Elouz</p> <p style="margin: 0;">Délegation Médicale</p> <p style="margin: 0;">de Casa Hay Hassani</p> </div>	<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: 0; margin-right: auto;"> <p style="margin: 0;">KETTANI Mohamed Tajeddine Age: 1951</p> <p style="margin: 0;">Blanche</p> <p style="margin: 0;">MUPRAS</p> <p style="margin: 0;">28 FEV 2020</p> <p style="margin: 0;">ACCUEIL</p> </div>
Date de consultation : <u>31.01.2020</u>	Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Enfant
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 : 28/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : ZJ

<b>VOLET ADHÉRENT</b>	
Déclaration de maladie	N° W19-520662
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

#### **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
16/10/04 جولو	C	G	G	INP : 0910905405 Dr Youssef JOURDAN Centre de Santé Enfant Elouet Délegation Médicale Le Hay Hassani

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. HABIB BENGAZI EZ-ZARAH PHARMACEUTICALS LTD.	31/01/2020	425,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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'ODD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

Dr YOUSSET JOURAMRI  
Centre de Santé Jenane Elouz  
Délégation Médicale  
de Casa Hay Hassan

le 31.01.2020.

ORDONNANCE

M.R KETTANI Mohamed Rachid

- 160,00 ① CLARIL 500 gr SV  
1 p 2<sup>e</sup> /j (x7)
- 59,40 ② SOLUPTEO 20 mg SV  
3 p le matin (x5)
- 76,20 ③ VOLTAIRENE 25 mg SR. SV  
1 p le mat.
- 67,90 ④ TOUDEX 500 gr SV  
1 p 3<sup>e</sup> /j
- 120,70 ⑤ AERIUS 9 gr SV  
1 p le mat
- T8483,20



**CLARIL®** 500 mg  
Boîte de 14 Comprimés

Lot N° / Date Per. :

**CLARIL®**  
Clarithromycine 500 mg  
Boîte de 14 comprimés  
PPV : 160,00 DH  
ECL 6 118000 191001

**Voltarène® SR**  
**75mg**

20 comprimés enrobés  
à libération prolongée à 75 mg



6 118001 030408

**VOLTARENÉ® SR** 75 mg

Comprimés enrobés

PPV: 76,20 DH

**TOUDEX®** Mauve - Cassis



6 111255 810413

LOT 052758/FC4  
04/2022 PPC 67,90

**TOUDEX®**

Mauve - Cassis

58,10

**Solupred® 20mg**

**Solupred® 20 mg**

20 Comprimés  
effervescents



6 118000 060536

**AERIUS®**  
**5 mg**

comprimés pelliculés

desloratadine

voie orale

**30** comprimés

pelliculés



LOT : 066  
PER : SEP 2020  
PPV : 120 DH 70

**AERIUS® 5 mg**

30 comprimés pelliculés



6 118000 050124

عن طريق الفم

30 أقراص ملمسة