

# 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.

## Reéducation :

- 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La MUPRAS respecte le respect de la vie privée et s'engage à la protection des données personnelles. Toute réutilisation non autorisée des données est strictement interdite.

MUPRAS



## Déclaration de Maladie

N° W19-486517

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **24201**

Matricule : **1328** Société : **R.A.M.**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Retraité**

Nom & Prénom : **LAHLOU Abdelou**

Date de naissance : **14/47**

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : **0661060462** Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : \_\_\_\_\_

Date de consultation : **Casa, 24/02/2020**

Nom et prénom du malade : **Y. LAHLOU ABDELAM** Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Dermatose**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **09 Mar 2020**

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 : **24/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

| RELÈVE DES FRAIS ET HONORAIRES |                  |                       |                                   |                                                               |
|--------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Dates des Actes                | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montants détaillés des honoraires | Cadre et signature du médecin attestant le Paiement des Actes |
| 27-02-22                       | C3               |                       | 350 00                            | 09/12/80 SSB                                                  |
|                                |                  |                       |                                   | <b>Pr JARMOUNI IDRISI R</b><br><b>DERMATOLOGUE</b>            |

Pr JARMOUNI IBRISSI R  
DERMATOLOGUE  
203 Bd. Zerketouni L sa  
Tel: 05 22 36 43 17 / 17

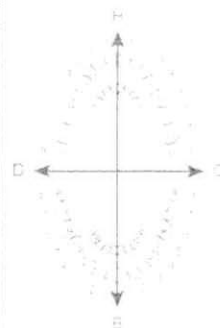
|                                                                                                                                                                                                      |          |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                                                                                                            |          |                       |
| Cachet du Pharmacien                                                                                                                                                                                 | Date     | Montant de la Facture |
| <br><b>Pharmacie SAAD</b><br>44, Bis Bd. Abderrahim Bouabid<br>(Ex. Jerrada) - Oasis - CASA<br>Tél : 05.22.25 34.85 | 24.02.20 | 249.70                |

[illegible][illegible]

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Creation, remont, adjonction)

Figure 10. Duplication rate of *Escherichia coli* in 100% water.

MONTANTS  
RECUEILS

RESULT  
DISCUSSIONS

## FIN DISCUSSION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SIGNSDATE REC'D  
DEVSDATE DE  
L'ACQUISITION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur R. JARMOUNI IDRISSE

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرهموني الإدريسي

اختصاصي في الأمراض الجلدية و التناسلية

M<sup>re</sup> LAMOU 85.50 DH  
Casablanca, le 24.02.2020 في الدار البيضاء، في

16.40 FLOXAM 500 2 boites de 24

19) 2 gélules x 3 / avant la  
repas

44-80 DASEN

19) 1 cp x 3 / avant la repas

85.50 New Flex Warm Up gel

2. 3 2 /

249.70

Pr JARMOUNI IDRISSE R  
DERMATOLOGUE  
203 Bd. Zerkoutni  
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

AMRANI M'Hamed  
Pharmacie SAAD  
44, Bis Bd. Abderrahim Bouabid  
(Ex. Jerrada) - Oasis - C  
Tél: 05.22.25.34.85

PPV:  
EXP:  
Lot N°:

47,80

PPV 116DH40

LOT 9ND22 2  
EXP 11/2021

ISOPHARM  
NEW FLEX WARM UP  
85.50 DH

Sur Rendez-vous

203, Bd. Zerkoutni - Résidence Ben Ham - 4<sup>e</sup> étage

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27

GSM : 06 48 12 22 62 - E-mail :

DASEN® 10 000 UI  
Serrapeptase  
40 Comprimés enrobés gastro-résistants



6 118000 181064

بالموعد

203، شارع الزرقطوني إقامة بن ح

الفاكس : 8

jr@gmail.com