

# 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.

MUPRAS : Centre Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

54645

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricole : 6798 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BEDRI HAMID

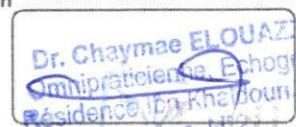
Date de naissance : 28-12-61

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 62 01 48 11 Total des frais engagés : 512,90 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/12/2020

Nom et prénom du malade : M - EL HOUZINE FES SAADIA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sd gpl

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 : Nouasser Le : 06/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : J. Hamed

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-551043

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).

06. 62.01.48.11

6798

BEDRI HAMID

512,90

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
30/12/2020	Examen	120 DHT	120 DHT	INP : 11111111111111111111111111111111 Chirurgien Dentiste Résidence Ibn Khaldoun App N°2 Tél: 0522 32 43 12

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SALIMA 66 Bd Lalla El Yacout Tissir II BERRECHID Tél.: 0522 32 85 84	30/12/2020	392192

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie SALIMA 66 Bd Lalla El Yacout Tissir II BERRECHID Tél.: 0522 32 85 84			

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

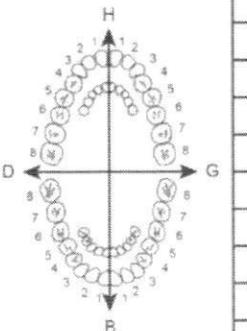
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

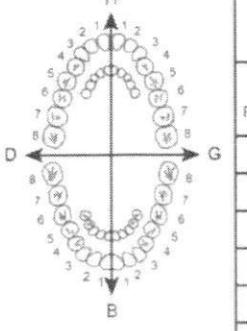
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 11111111111111111111111111111111
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chaymae ELOUAZZANI  
Médecine générale

omée de la faculté de Médecine  
de la pharmacie de casablanca  
x Médecin au CHU-Casablanca  
Médecin à l'Hôpital Errazi - Berrechid  
Médecin à l'Hôpital Med V -Safi



الدكتورة شيماء. الوازاني  
الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن شاه

طبيبة سابقة بمستشفى الرازي ببريشيد

طبيبة سابقة بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le 20/12/2023  
بريشيد في 20/12/2023

Dr. EL HOUCEINI  
ES - SAADIA

① ~~100~~  
100 - Vit C 1000 7  
100  
② ~~200~~  
200 - Zinc  
100  
③ ~~100~~  
100 - Diprosol  
100 150  
④ ~~100~~  
100 - DermaSept +  
100 150

**Vita C 1000°**

PPV 15DH30  
EXP 11/2023  
LOT 00057 24

PPV 40DH90 EXP 11/2023  
LOT 00039 21

01.20.004  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC 820  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

**DERMASEPT**  
Crème antiseptique

Lot : 1387  
À consommer de  
préférence avant le : 11/2022

PPC : 79.00 DH

اقامة ابن خلدون ~~البات دن~~ - قرب صيدلية المسجد - الشقة رقم 2 بريشيد - الهاتف 05 22 32 48 12  
Résidence Ibn khaldoun - porte 2 - appt N° 2 - Berrechid - Tel. 05 22 32 48 12  
GSM , 06 62 14 34 32 - E-mail , elouazzanichaymae@gmail.com

144D  
C

- Daciper 20

PPV: 144D 150

1616° 1825

C- Stilnox

39215° 18181 20th

611 800115 013 7  
DIPROSTENE 1 Seringue  
P.P.V : 56,60 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

Pharmacie SALIMA  
Rue de l'Industrie 2000 Tissi II  
Tél.: 0322 32 85 84

Mr. Chaymae El QUAZZANI  
Omnipraticienne  
Résidence Ibram  
App N°2 B2 48 12  
Tél: 0322 32 85 84