

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-550037

5485

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	02189	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MAATOU QUI Mohamed
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06 64 02 27 30	Total des frais engagés :	649,70 Dhs
Dr. MAATOU QUI Mohamed			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
طبيب معاينه طبيب معايني التفاصيل 60. ملتفق العيادة مستشفى العيادة الدار البيضاء 90 97 66 (قد العيادة ماروك 90 90 022 70 98 العاصفة)			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Age:	
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 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 :	ESSA	Le :	
Signature de l'adhérent(e) :			
ACCUEIL!!			

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 : ESSA Le : 08/01/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

**RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
08 JAN 2013	C		200,00	INP : 027790 Signature : [Handwritten Signature]

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01/2013	1149,20

**ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

**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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [Blank]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Blank]
				MONTANTS DES SOINS [Blank]
				DEBUT D'EXECUTION [Blank]
				FIN D'EXECUTION [Blank]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Blank]
				MONTANTS DES SOINS [Blank]
				DATE DU DEVIS [Blank]
				DATE DE L'EXECUTION [Blank]

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

(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

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الكزوولي

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

طبيب مerval

صرفي لدى المحاكم

ندا ندوة

Casablanca, le : 18 JAN 2021

الدار البيضاء، في :

بأجل العلاج بثانية  
MONOCLAR® 500mg  
Boîte de 5 COM.PEL  
P.P.V : 87.30 DH

87,30



675

1. Tazozelde

لـ ١ كيلو ميدان

2. Raucefik 20



6728

PPV: 144DH50

لـ ١ كيلو ٢٠

all v

134,00



3. PPC : 104 DH 00

Salatik 50

all v

38,50 لـ ١ كيلو ٢٠



4. P.P.V 38DH50

Central Sis

all v

45,40 لـ ١ كيلو ٣٧



5. DUDHALAC 66,5%

SOL BUV 200 ML

all v

P.P.V : 45DH40

لـ ١ كيلو ٦٦



6. Le soin

all v

60 طرس مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - العي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com

دكتور سعيد الكزوولي  
طبيب مerval  
صرفي لدى المحاكم  
رقم ٦٠، طربة، خارج المستشفى العسكري، الدار البيضاء، المغرب  
هاتف: ٥٢٣ ٢٢ ٩٠ ٧٠ ٨٨ - البريد الإلكتروني: drgzsa@gmail.com