

## 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.

(59042)

<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)			
Matricle : <u>01696</u>		Société : <u>/</u>	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre : <u>Allal</u>	
Nom & Prénom : <u>ASSIL ALLAL</u>		Date de naissance : <u>01-06-1956</u>	
Adresse : <u>OUFRA lot ESSAFA N° 44 CASA</u>			
Tél. : <u>0661693366</u>		Total des frais engagés : <u>296</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
 <b>Dr. AMBARI Abdelouahed</b> Omnipraticien - Maladies du Sang Spécialiste en Médecine du Travail 14, Bd. Taoujtate Inm. Le Riad, Quartier Bourgogne Tel: 0522 26 89 73 - Casablanca			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>28/12/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ASSIL ALLAL</u> Age : <u>/</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
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 : CASA      Le : 26/01/2021  
 Signature de l'adhérent(e) : 

### 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
22/12/2020	PS	1	200	INP 4111009361 AMBARI Abdelouahed Chirurgien-Dentiste en Médecine du Travail 14, Avenue de l'Industrie - Casablanca Tél: 0522 26 89 73 - Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Zoubir Maison KAFID AL KAM Immeuble Tiba Imm. 6 Boulevard Hassan II Casablanca T. 05 22 934 190	23/12/2020	96,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

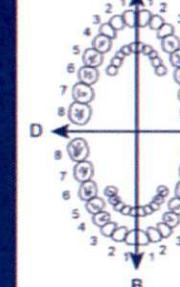
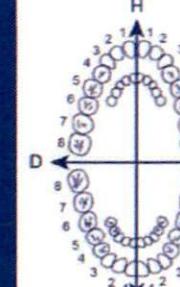
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX														
MONTANTS DES SOINS														
DEBUT D'EXECUTION														
FIN D'EXECUTION														
COEFFICIENT DES TRAVAUX														
MONTANTS DES SOINS														
DATE DU DEVIS														
DATE DE L'EXECUTION														
 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>														
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
G	35533411	11433553												
B														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr. Abdelouahed AMBARI

Maladies du sang  
Diététique médicale  
Spécialiste en Médecine du Travail  
Expert Assermenté près la Cour  
d'Appel Ancien Médecin Attaché  
au C.H.U. d'Amiens



الدكتور عبد الواحد عمبرى

**أمراض الدم  
الحمية الطبية**

Casablanca le 23.12.2020

M. Assil Allal

$$18 \times 2$$

## Dolipnone Vite

60° - AZ 500

Acids

~~Pharmacie Zoubir~~ ~~Mme. Zoubir~~ ~~Louis C. Zoubir~~ ~~Talbot St. 150~~ ~~Montreal, Que.~~ ~~Can.~~ ~~No. 6~~

~~Dr AMBARI Abdelouahed  
Omnipraticien - Maladies du Sang  
Spécialiste en Médecine du Travail  
14, Bd. Taajjat El Hm. Le Riad, Quartier Bou  
Tél : 0522 26 89 73 - Casablanca~~

14،شارع عين توجطات، عمارة الرياض هي بورگون الدارالبيضاء. الهاتف : 05 22 26 89 73 - GSM : 06 61 32 71 78  
14, Bd. Ain Taoujtate Imm. Le Riad Quartier Bourgogne - Casablanca Tél.: 05 22 26 89 73 - Gsm : 06 61 32 71 78  
E-mail : doc\_ambari@yahoo.fr - ICF : 001707980000086