

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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.

Diagnostique 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

- 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 de données à caractère personnel.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 058995

- Maladie Dentaire Optique *59457* Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *790* Société : *RAM*
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : *AM RAVI My Aïssa*
 Date de naissance : *1948*
 Adresse : *INDRAH R. n° 46 P. 10000*
 Tél. : *0668404898* Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Dr. BOUJEDDAIRE ISOUJ Abdellah
Médecine Générale
Bd. Taza Rue 50 N° 2
Casablanca - Tél. 0522 21 64 59*
 Date de consultation : *17/11/2012*
 Nom et prénom du malade : *AM RAVI BORPHI IJA* Age: *64*
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : *fracture*
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/12/20 | | 1 | 150,00 | <i>[Signature]</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <i>[Cachet]</i> | 15.12.2020 | 450,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

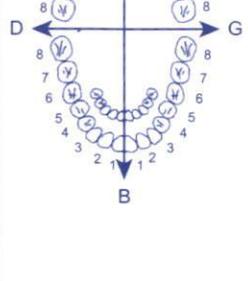
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | | G | |
|----------|----------|----------|----------|
| 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 |
| 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 |
| B | | | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



| | |
|--|--|
| | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale

Echographie
Circoncision des Enfants
Diabétologie
Ex. Médecin Militaire
Expert assermentée
Agrée pour la delivrance
des Certificats medicaux
des Permis de conduire
Autorisation, d'exercer N°- 7147 / 86

PHARMACIE AL AZHAR
DIOURI MOHAMED
133, Bd. Taza Hay My. Abdellah
Casablanca - Tel: 0522 215 966
INP : 092003895

الطب العام

الفحص بالصدى - ختانة الأطفال
مرض السكري
طبيب عسكري سابقا
خبير محلل لدى المحاكم
مقبول لتسليم شواهد
رخص السياقة
رقصة العمل رقم 86 / 7147

Tel : 05 22 21 64 58 : الهاتف

Casablanca, Le : ... الدار البيضاء في

Handwritten patient name: ANRANI BORDJI AÏSSA

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3058
PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3058

Handwritten notes: 79.70 x 2, 47.80, 17.10 x 2, 13.80, 79.90 x 2

PPV: 47,80
EXP:
Lot N°:

PPV: 17,00 DH
CB0003/8
PER: 01/2023
NOVALGINE 500MG
CP PEL B20
P.P.V : 13DH80
118000 060543

52.80

bidat
note for 8/11/14



LOT 191/88
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

PHARMACE AL AZHAR
DIPLOME PI MOU...
133, Bd. Taza
Casablanca - Tel: 0522 715 966
INP: 09200 9430
250.70

~~Dr. BOUJEDDAINE TSOULI Abdelhak
Méd. Généraliste
Bd. ...
Hay Mo. ...
Casablanca ...~~