

# 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.

## adiologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## taire :

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.

## die 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

éclamation : contact@mupras.com  
rise en charge : pec@mupras.com  
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RAS 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.

IS : 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](http://www.mupras.com)

CA  
64014

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0003029

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 252

Société : 1

Actif  Pensionné(e)  Autre :

JAC. H. JOURI. Zahra

Venue

1941

Nom & Prénom : JAC. H. JOURI. Zahra Date de naissance : 1941

Adresse : Habitation

Tél. : 0661749545 Total des frais engagés : 541.40 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/03/2021

Nom et prénom du malade : Jachirouj Zahra

Age : 78

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Troubles Névrotiques

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 : Casablanca

Le : 05/03/2021

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 05/3/21         | C3                |                       | 300,00                          | <i>DR. MENDOZA M. BORJAN<br/>NEUROPSYCHIATRE<br/>33, Rue Yemen - CASA<br/>Tél: 052316425 - 0522450645</i> |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| HARMATIE SOUTIANE<br>Gr. 2021-2025<br>EL 2021-2025<br>22 39 09 63<br>I.C.E : 09050016002020 | 5-3-2021 | 241,40                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

## 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'ODD.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

## [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Docteur MEHDAOUI M'barek

NEURO-PSYCHIATRE

33, Rue Yemen - Angle Bd. du 11 Janvier

(Ex. Rue Soldat Jouvencel)

Téléphone : 0522 31 64 25 / 0522 45 06 45

CASABLANCA

الدكتور مهداوي مبارك

اختصاصي في الأمراض العقلية والنفسية

33، زنقة اليمن - زاوية شارع 11 ينابر

(زنقة الجندي جوفانسيل سابق)

الهاتف : 0522 45 06 45 / 0522 31 64 25

الدار البيضاء

Casablanca, le ..... ٢٥/٣/٢٠٢١  
الدار البيضاء، في

M. Faghfagh Zahra

INPE: 092054428

Alhendide ٢١٠

٦/٢ ٢٠٢١

١٨,٤x١٢

PHARMACEUTICALS  
PHARMACEUTICALS  
C. 0005002463000026  
C. 0005002463000025  
C. 0005002463000024  
C. 0005002463000023  
C. 0005002463000022  
C. 0005002463000021  
C. 0005002463000020  
C. 0005002463000019  
C. 0005002463000018  
C. 0005002463000017  
C. 0005002463000016  
C. 0005002463000015  
C. 0005002463000014  
C. 0005002463000013  
C. 0005002463000012  
C. 0005002463000011  
C. 0005002463000010  
C. 0005002463000009  
C. 0005002463000008  
C. 0005002463000007  
C. 0005002463000006  
C. 0005002463000005  
C. 0005002463000004  
C. 0005002463000003  
C. 0005002463000002  
C. 0005002463000001  
C. 0005002463000000

PHARMACEUTICALS  
PHARMACEUTICALS  
C. 0005002463000020  
C. 0005002463000019  
C. 0005002463000018  
C. 0005002463000017  
C. 0005002463000016  
C. 0005002463000015  
C. 0005002463000014  
C. 0005002463000013  
C. 0005002463000012  
C. 0005002463000011  
C. 0005002463000010  
C. 0005002463000009  
C. 0005002463000008  
C. 0005002463000007  
C. 0005002463000006  
C. 0005002463000005  
C. 0005002463000004  
C. 0005002463000003  
C. 0005002463000002  
C. 0005002463000001  
C. 0005002463000000

٦/٢ ٢٠٢١

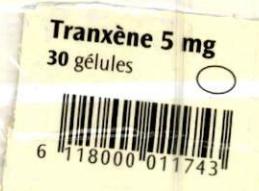
١٥,٣x٢

٦/٢ ٢٠٢١

٢٤,١,٤٥

٦/٢ ٢٠٢١

Dr. MEHDAOUI M'Barek  
NEUROPSYCHIATRE  
33, Rue Yemen-CASA  
Tel: 0522 31 64 25-0522 45 06 45



PHARMACIE TOLIANE  
COURTINÉE 35100  
TÉL. 02 33 30 00 65  
E-mail : courtine@orange.fr  
11/CE : 00002  
11/02/2005