

# 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 064743

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

3095

Société : R.A.M

64678

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL FRAINI EL ABBI

Date de naissance :

01/01/1952

Adresse :

HABITUELLE

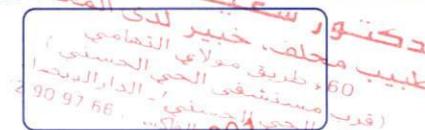
Tél. : 07388 1836

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23 MAR 2021

Nom et prénom du malade :

EL FRAINI EL ABBI

Age: 69 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dialyse

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

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/03/2021	382,60

## ANALYSES - RADIOPHARMACEUTICALS

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 la

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		MONTANTS DES SOINS
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الكزولي

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف  
خبر لدی المحاکم

EC FRAINS EC ARB

Casablanca, le : 23.03.2021 الدارالبيضاء، في:

1. ~~1000~~ Euro plus 1000

28.00 x 5 1 - 1 - 1 15 300's

2. ~~1000~~ 500 15 x 264's  
24.80  
80.00  
100 x 2/ 150

3. 1 beursoik 15 5720



LOT: 17320003  
PER: 07/2023  
PPU: 87.80 DH

382,60

طبيب محلف، الخبر لدی المحاکم  
Dr. BOUDAD Abdellkader  
Rue 65 Lot 778 El Wifak El Oulfa  
Casablanca - Tél: 05 22 90 05 56

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسني - الدارالبيضاء

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

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: 05 22.90.70.88 - E-mail : drgza@gmail.com

LOT 201390  
EXP 10/2023  
PPV 28.00DH

LOT 201390  
EXP 10/2023  
PPV 28.00DH

LOT 201456  
EXP 10/2023  
PPV 28.00DH

LOT 201390  
EXP 10/2023  
PPV 28.00DH

28,00

