

# 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.

## Biologie 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.

## Thérapie :

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.

## Prothèse :

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

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.

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° P19-0030094

68394

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9592 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BARRI Hamid

Date de naissance :

05/10/1966

Adresse :

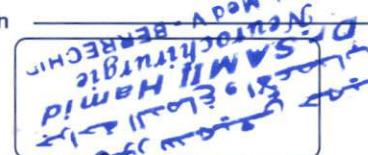
HAY EL MASSIRA EN 2 N°8 CASA

Tél. : 0664212962

Total des frais engagés : 1188,00 + 200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

8/04/2021  
TOUJAR NAINA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Depression

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	ob 04 <u>2021</u>	1188.00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### 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 canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

	<b>MONTANT DE LA FRAISSE</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">D</td><td style="width: 50%;">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td><td>21433552 00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>B</b>	D	H	25533412 00000000	21433552 00000000	<hr/>		00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553	<b>Coefficient des travaux</b> <b>Montants des soins</b> <b>Date du devis</b>
D	H													
25533412 00000000	21433552 00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
<hr/>														
35533411	11433553													
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

# Docteur SAMII HAMID

Spécialiste de Neurochirurgie

Spécialiste des maladies

DH Cerveau et de la colonne vertébral

Ex.Attaché C.H.U Avicenne Rabat

Ex. Attaché C.H.U Timone Marseille



الدكتور سميمي حميد ١٣٧٤

اختصاصي في جراحة الدماغ

والأعصاب والعمود الفقري

جراح سابق بمستشفى ابن سينا الرباط

جراح سابق بمستشفيات مرسيليا فرنسا

Berrechid , le .....

برشيد، في



061171765

## ORDONNANCE



١٢٦.٥٠ دج

transcription

Tarif AR  
ar Afia

٤٦/٢ - ٢١٥ مدين

٩٣.٥٠ دراهم ٧٥ دينار

% ٢١٥ تدين

6 mois.

٤٧، Bd. Med V - BERRECHID  
Dr. SAMII HAMID  
Neurochirurgie  
٢٠١٣ / ٤ / ٢٠

$\sqrt{= 1188,00}$

B.d Mohamed V Berrechid - 47 diour essafi 1<sup>er</sup> étage

Tél.: 06 34 27 26 28 - 06 59 12 13 15

E-mail: mr.samii.hamid@gmail.com

شارع محمد الخامس برشيد - 47 دبور الصافي طابق الأول

الهاتف : 06 34 27 26 28 - 06 59 12 13 15

البريد الإلكتروني : mr.samii.hamid@gmail.com



6 118001 03007 1

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH



6 118001 03007 1

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH

LOT 202790 1  
EXP 11 2022  
PPV 126.00

**126,00**

LOT 201533 1  
EXP 06 2022  
PPV 126.00

**126,00**

LOT 201581 1  
EXP 06 2022  
PPV 126.00

**126,00**

LOT 200853 1  
EXP 04 2022  
PPV 126.00

**126,00**

LOT 200853 1  
EXP 04 2022  
PPV 126.00

**126,00**