

# 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.

## Médecine 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.

## 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.

## Dentaire :

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.

## Déclaration de 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

85882

## Déclaration de Maladie : N° P19-0015157

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01186 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YAKOUTY AIBI Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : HAY HANA - RUE 1X - N°6 CASABLANCA

Tél. : 0661747962 Total des frais engagés : 492,50 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/07/21

Nom et prénom du malade : OUKALLANE RACHIDA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Trouble du Rythme

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 : 16/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

#### **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
06-07-21	CH + ECG		300,00	DR. YOUSSEF CAFFOUDI 100 Bd. de Casablanca - Tel: 05 22 53 86 00 Casablanca - Maroc

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HANA 207, Bd. Sidi Abderrahman Hay El Hana Tunis - TUNISIE Tel : 05 22 36 54 12	06-07-21	192,50

#### **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
		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 DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled as follows:

- D**: Lower-left quadrant, containing teeth 1 through 8.
- H**: Upper quadrant, containing teeth 1 through 8.
- B**: Lower-right quadrant, containing teeth 1 through 8.
- G**: Upper-right quadrant, containing teeth 1 through 8.

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# **Docteur Youssef DRISSI**

Spécialiste des maladies  
du Cœur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne  
des Hôpitaux de Paris

- Holter tensionnel
  - Holter rythmique
  - Epreuve d'effort
  - Echo-doppler cardiaque couleur



الدكتور يوسف الأدريسي

ال اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

طبیب سابق بمستشفيات باریس

## الفحص بالصدى بالألوان

الهولتر -

Casablanca .le

06, 07, 21

$$244 \times 4 = 976$$

(S.V)

⑥ Why are the  $11_5$  (h.s.)

4532

○ Vetsline 121

496

③ D like less one

S.V.

✓ 1925 Lampson, H. S.  
C. 3 RAS

**PHARMACIE YASMINE**  
207, Bd. Sidi Abderrahman Hay El Hana  
**CASABLANCA**

Yousssef DRISS  
CARDIOLOGUE  
100 Bd. Oum El Kheïr  
Assad Avenue  
Tunis 1000  
Tél. 229 286 00

Noir VERSO  $\Rightarrow$  T.SVP.../...

الدارالبيضاء Tel : 05 22 36 54 70

المستعجلات : 0661 08 02 82 - االهاتف : 0522 93 86 00 - E-mail : ydrissi@hotmail.com - Urgences : 0661 08 02 82 -  
100, bd. Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Hassani - Casablanca



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

Gsk  
Manac  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21B04  
EXP: 02/2024