

## 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

- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com   |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com       |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@mupras.com |

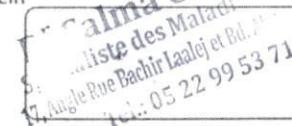
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-608326

86 166

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>0944</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>HALIMONY Abd el mjid</b>			
Date de naissance : <b>09.01.1930</b>			
Adresse : <b>Coop ALI CHRAFI II n°21 Sidi Nasr ouf 06d8 335457 CASABLANCA</b>			
Tél : <b>0522 39 19 96</b> Total des frais engagés : <b>610,10 Dhs</b>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cacheït du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : <b>HALIMONY Abd el mjid</b>	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Vacques</b>	
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) : 

Le : **29/09/21**

### 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
				INP : 091041624 Dr Salma CHERQUI Spécialiste des Malades Sang 41, Angle Rue Bachir Laalej et Bd. Abdellah Bourguiba Tel.: 05 22 99 53 71
15/08/21	Ca	250dh		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr Salma CHERQUI Pharmacie Aïn ABI 40, Lot Essakia Tunis - Tunisie	15/08/21	250,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

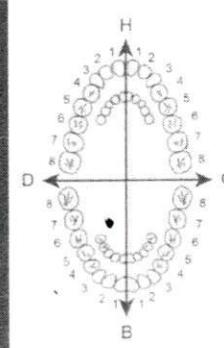
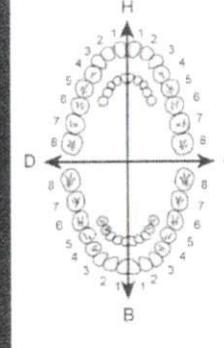
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
			
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
H	26533412	21433552	
D	00000000	00000000	
G	00000000	00000000	
B	35533411	11433553	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXECUTION			

LOT : 21E002 PER : 12/2023 P.P.V : 53DH10

RELAXOL 500MG/2MG CP B20

6 118000 060833

MB773 1123 LOT 99.00 Prix

3 160929 905156

LOT PUC : 198.00DH C116 2024-01

3 401020 354451 >

MON DES SOINS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

REV. 2020/05/08



Dr Salma CHERQUI  
Spécialiste des Maladies du Sang  
17, Angle Rue Bachir Laalej et Bd. Abdellah Ben  
Tél: 05 22 99 53 71

08/21.

N<sup>o</sup> - Hafsa oum Ahidé Myid -

~~99,00~~  
Magnesium 300,

1sp/j. le soir

~~53,10~~  
Relaxol

1sp/j. au coucher

~~198,00~~  
Nocosept

~~199,00 x 2~~

T: 350,10

pharmacie AL ABE  
Dr. Sana CHERQUI  
48 Lot. Al Falama  
Riad Mezroufi Casablanca  
Tel: 05 22 99 10 65

Dr Salma CHERQUI  
Spécialiste des Maladies du Sang  
17, Angle Rue Bachir Laalej et Bd. Abdellah Ben  
Tél: 05 22 99 53 71

**valable 3 mois**

Le ...../...../20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Spécialiste des Maladies du Sang  
47, Angle Rue Bachir Lalej et Bd. Abdelloumen

Certifie que Mlle, Mme, M. : Tél: 05 22 99 53 71

Présente Hémo pathie : Vacques + Anémie

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Transfusion de 2 CG probable

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage. Casablanca

Dr Salma CHERQUI  
Spécialiste des Maladies du Sang  
47, Angle Rue Bachir Lalej et Bd. Abdelloumen  
Tél.: 05 22 99 53 71 (SJD)