

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **que :**

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

## **ducation :**

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.

## **caire :**

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.

## **adie 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**

Nº P19-0031737

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 0763 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELGANOUNI ELHASSAN

Date de naissance :

8-12-43

Adresse :

13 R. Vanneau Z oasis Agg

Tél. 06 67 84 41 68 Total des frais engagés : 50644,60 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Dr. CHERIF EL GANOUNI A

Médecine Générale  
Boulevard Oued Oum Rabie Rue 7E  
N°2 Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 90 19 48

MD  
N3019

Date de consultation : 19 JAN 2022

Nom et prénom du malade : SCULLY Ichadley Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : 71 + AF urtans

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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
19 JAN 2022	C		GRATUIT	DRIFEL CANOUNI Général Drum Rabe Rue 7c Casablanca 19/45

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

**Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur**

**Dr. ZAIDI Hafida**  
**Lot Anesari N°123**  
**Dar Bouazza - Casablanca**  
**Tel : 05 22 26 09 48**  
**INPE : 092067214**

**Date**

**Montant de la Facture**

19/01/22

50.61.60

#### **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.

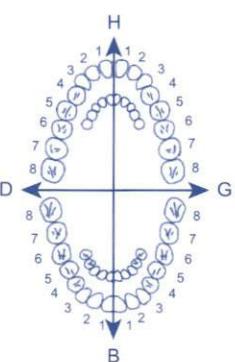
#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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'EXÉCUTION

Dr.Cherif El Ganouni Ahmed

MEDECINE GENERALE

Bd.Oued Oum Rabia - Rue 78 N° 2

Au dessus de la Pharmacie du Nil

Cité Oulfa - Casablanca

Tél.: 05.22.90.19.46

E-mail : aganouni@hotmail.com

الدكتور الشريف المكنوني أحمد

الطب العام

شارع واد أم الريبيع، زنقة 78، رقم 2

فوق صيدلية النيل

حي الأنفة - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.90.19.46

البريد الإلكتروني: aganouni@hotmail.com

Casablanca, le

19 JAN 2022

الدار البيضاء، في

SCALLY Ichaddouy

19,4x2  
28,80

159,50x2  
319,00

Pharmacie EL HAMDOLILLAH  
Dr. ZAIDI Hafida  
Lot Anssari N°123  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél : 05 22 29 09 49

241,10

39,70 - Fuciade

14,00 - Doliprane

Pharmacie EL HAMDOLILLAH  
Dr. ZAIDI Hafida  
Lot Anssari N°123  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél : 05 22 29 09 49

T2 506,60

Pharmacie EL HAMDOLILLAH  
Dr. ZAIDI Hafida  
Lot Anssari N°123  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél : 05 22 29 09 49

ANTIBIO SYNALAR  
19,40  
ANTIBIO SYNALAR  
No, 40

159,50  
159,50

ARNICA GEL  
LOT:1811051  
EXP: 11/2021  
PPG:54.00 DH

PPV 4110

FUCIADINE 2%  
pommade Tube de 15 g

39,70

Dr. CHERIF EL GAI  
Médecine Générale  
Boulevard Oued Oum Raïd  
N°2 Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 90 19 45

PPV: 14DH00  
PER: 10/24  
LOT: K2748

الرجاء إحضار الوصفة عند المراجعة إلى الصيدلانية

ICE : 001687843000003 - INPE : 091041061