

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## aire :

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.

## die 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 M21- 0036098

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3162 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHATIB MASSINA

Date de naissance : 18-08-53

Adresse :

Tél. : 0659609181 Total des frais engagés : 160 279,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Mohamed Rachid RAJII  
118 Rue 16 Bd Chouhada  
Derb El Ouafaa Hay Mohammedi  
Tél: 05 22 61 70 61*

Date de consultation : 30 MARS 2022

Nom et prénom du malade : KHATIB MASSINA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : card 19

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) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### 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                           |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20 MARS 2022    | C                 | C                     | GUY                             | Dr Mohamed RAY MOHAMMED<br>118 Rue 16 de Chateaubriand<br>Casablanca Tel: 05 22 61 73 61 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur            | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>Tel 322 25 88 80<br/>N° 36 Rue Jules Ferry</i> | 30/03/22 | T = 279,60 DH         |

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

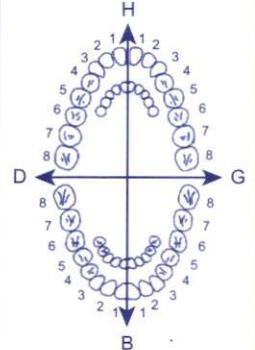
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

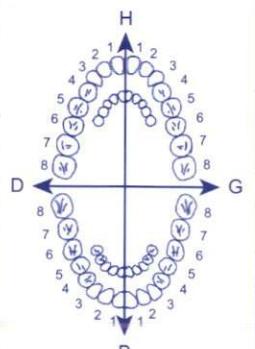
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  | MONTANTS DES SOINS |
|---|--|--------------------|
|  | H 25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000<br>35533411 11433553 G |                    |
|   |  |                    |
|   |  |                    |
|   |  |                    |
|   |  |                    |
|   |  |                    |
|   |  |                    |
|   |  |                    |
|   |  |                    |

| DEBUT D'EXECUTION | FIN D'EXECUTION | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |  |  |
|-------------------|-----------------|-------------------------|--|--|--|
|                   |                 |                         |  |  |  |
|                   |                 |                         |  |  |  |
|                   |                 |                         |  |  |  |
|                   |                 |                         |  |  |  |
|                   |                 |                         |  |  |  |
|                   |                 |                         |  |  |  |
|                   |                 |                         |  |  |  |
|                   |                 |                         |  |  |  |
|                   |                 |                         |  |  |  |

| DATE DU DEVIS | DATE DE L'EXECUTION | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE |  |  |  |  |
|---------------|---------------------|--|---|--|--|--|--|
|               |                     |  |   |  |  |  |  |
|               |                     |  |   |  |  |  |  |
|               |                     |  |   |  |  |  |  |
|               |                     |  |   |  |  |  |  |
|               |                     |  |   |  |  |  |  |
|               |                     |  |   |  |  |  |  |
|               |                     |  |   |  |  |  |  |
|               |                     |  |   |  |  |  |  |
|               |                     |  |   |  |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

# Dr Mohamed Rachid RAJAI

## Cabinet de Médecine Générale

- Diplômé d'échographie Clinique de la Faculté de Médecine de Montpellier France
- Diplômé de Médecine du Sport de l'Université de RENNES I France
- Agrée pour La Visite Médicale de Permis de Conduire
- Membre de la Société Française de Médecine du Sport
- Expert auprès des Tribunaux
- Ex Médecin des urgences
- à l'hôpital Mohammed V de Casablanca

Casablanca, le : 30 MARS 2022

الدكتور محمد رشيد رجائي

عيادة الطب العام

- دبلوم الفحص بالصدى من كلية الطب مونبلي فرنسا
- دبلوم الطب الرياضي من جامعة رين I فرنسا
- الفحص الطبي لرخصة السياقة
- عضو الجمعية الفرنسية للطب الرياضي
- طبيب محلف لدى المحاكم
- طبيب سابق يستشفى، محمد الخامس الدار البيضاء

PPV: 23DH40  
PER: 01/24  
LOT: K249

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21H23  
EXP: 08/2024

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21H23  
EXP: 08/2024

LOT 20047A  
PER 09/25  
PPV 66DH00

PPV (DH): 25,00  
LOT N°: 7  
UT. AV. :

Dr. Mohamed Rachid RAJAI  
118 Rue 16 Bd Chouhada  
El Ouafaa Hay Mohamadi  
0522 61 70 61

LOT 20047A  
PER 09/25  
PPV 66DH00

66 x 2  
132,00  
1 tizi my cure S.V. N.2

49,60 x 2  
99,20 D-cure filtre S.V.

25,00 Drill Scop S.V.  
105 x 2

23,40 le percut  
1472

T = 279,60