

# 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 rééducation.
- 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 | : adhesion@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° W21-683032

118273

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12 281 43	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAATOUQUI ACHOUR			
Date de naissance : 18-11-1985			
Adresse : Res. MARSANA, Bd ORNANE, CALIFORNIE			
Tél. : 06 61 2836 18			
Total de frais engagés : Dr. Brahim EL WAIFI 312,50 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

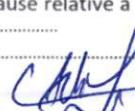
Cadre réservé au Médecin			
Espace Erreda 52 Bd Zerkouni Etage 1 (Face Marché des Fleurs) Casablanca			
Tél: 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 18 MAI 2022			
Nom et prénom du malade : MAATOUQUI JAMIA Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : obstrucción masala			
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 : casab

Le : 28/05/2022

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 et Date de Paiement des Actes
18 MAI 2022	CD		300	INP : <input type="text"/> Dr. Brahim EL WAHDI Spécialisé en O.R.L. Erréda 52 Bd Zerkouni Etage 1 (des Fleurs) Casablanca 0522 47 12 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>SAINT-ETIENNE CASABLANCA 29 Caled Sid N°5, Casablanca P.C. N° 351421 Tél. 22.21.90.07</del>	18/05/22	17.50

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.																																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <tr><td>Dents Traitées</td><td>Nature des Soins</td><td>Coefficient</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																	
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																	
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>  <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553																	
H	25533412	21433552																															
D	00000000	00000000																															
B	00000000	00000000																															
G	35533411	11433553																															
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																	
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																																	

Docteur Brahim EL WAFI

SPECIALISTE EN O.R.L.

Maladies et Chirurgies du :  
Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Sur Rendez-Vous

18 MAI 2022

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في

الدكتور براهم الوفي

إخلاصي في أمراض وجراحة

الأنف - الحنجرة - الأذن - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

PPV: 17DH50  
PER: 01/25  
LOT: L249

17.50

- Deltiprednol 5mg

1 dose de 1215g 3x1j.

PHARMACIE ARJ  
Route 1023 Oued Said Nsir  
Casablanca  
Tél: 0522 21.90.07

Dr. Brahim EL WAFI  
Spécialiste en O.R.L  
Espace Errada 52 Bd Zerkouni Etage 1  
(Face Marché des Fleurs) Casablanca  
Tél: 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44