

# 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 | : 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2768	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HILALI Fouzia			
Date de naissance : 08/08/58			
Adresse : 11 AV DU ABDELLAH Rue 99 N° 5 B1 TIZA AZZ CHOCK - CASA			
Tél. 06 00 37 61 66 Total des frais engagés 520,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<i>Dr. Ahmed MOUADDIB Spécialiste en Hématologie Clinique Greffé de Moelle 105 Bd Abdelmomen 2ème Etage Appt N°1-Casablanca</i>		
Date de consultation : 13/06/2021	Age:	
Nom et prénom du malade : HILALI Fouzia		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Maladie de Parkinson		
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : *PBF*

Le : 15/06/2021

## **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
15/11/2011	U		30.00	INP : 0911111111111111 Dr. Ahmed MOUSSA Spécialiste en Hématologie Greffé de Moelle 1ère Etape Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE HES</b> <b>BENCHIBI B.</b> Dr En Pharmacie 0522 50 24 80	13/06 2022	 <b>HARMACE IN</b> <b>SAZI B.</b> Dr En Pharmacie Rue 75 n° 40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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. Il peut pratiquer en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DEBUT D'EXECUTION [ ]												
				FIN D'EXECUTION [ ]												
<b>O.D.F. PROTHESES 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DATE DU DEVIS [ ]												
				DATE DE L'EXECUTION [ ]												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

**Dr. Ahmed MOUADDIB**

Spécialiste en Hématologie Clinique  
Maladies du Sang, des ganglions et de la rate  
Greffé de moelle osseuse

INPE  
091113746

Ex- responsable du service d'hématologie (Marrakech)  
Ex- Directeur - Adjoint du Centre de Transfusion (Casablanca)  
Ex- Médecin Attaché au service d'hématologie (CHU Casablanca)

**الدكتور أحمد مؤدب**

اختصاصي في الأمراض الدموية  
أمراض الدم والغدد الطحال  
زرع النخاع العصبي

رئيس قسم الأمراض الدموية سابقاً بمراكمش  
نائب مدير سابق بالمركز الجهوي لتحاقن الدم بالدار البيضاء  
طبيب ملحق سابق بقسم الأمراض الدموية بالدار البيضاء

Casablanca, Le ..... 13/06/2021 ..... الدار البيضاء في

1. Regim SANS les per le  
 2. Solupred 20  
500 mg (4x5) x 15  
 3. Itogel 20  
500 mg (4x5) c/peu x 14

SOLUPRED 20 MG  
CP EFF B20  
PPV : 58,40 DHS



6 118000 060536

SOLUPRED 20 MG  
CP EFF B20  
PPV : 58,40 DHS



6 118000 060536

SOLUPRED 20 MG  
CP EFF B20  
PPV : 58,40 DHS



6 118000 060536

PPV : 52DH80  
PER : 06/24  
LOT : L1070-2

PHARMACIE INES  
صيادلة إنس  
BENCHIKHI B.  
Dr En Pharmacie  
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40  
CASA - Tél 0522 50 24 80

Dr. Ahmed MOUADDIB  
Spécialiste en Hématologie Clinique  
Greffé de Moelle OSSEUSE  
165, Bd Abdelmoumen 2ème étage  
Appt N°1- Casablanca

05 22 48 29 31 - 05 22 27 18 62 - الهاتف : 05 22 48 29 31 - العنوان : شارع عبد المؤمن عماره «A» الطابق الثاني رقم 1 - الدار البيضاء  
165, Bd Abdelmoumen Résidence les champs Center Imm. «A» 2ème étage N°1 - Casablanca

Tél.: 05 22 27 18 62 - Fax : 05 22 48 29 31