

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ 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.

(129169)

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

6403

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAJBAR

Bouchtaïb

Date de naissance :

27.02.1967

Adresse :

10 Rue Anvers Casablanca

Tél. :

0634672020

100+8621

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed JELLAJ  
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris  
21, Rue de Bachdjarah CASA  
Tunisie

Date de consultation :

18/02/2018

Age:

Nom et prénom du malade :

Baybar

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

DMD

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

Le : 18/02/2018

Signature de l'adhérent(e) :

AB

### 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 : <i>091808012</i>
<i>18/05/22</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>200</i>	<i>Dr. Mohamed YELLAL</i> <i>Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris</i> <i>24, Rue de Bagdad - CASA</i> <i>Tel: 01 45 24 27 00/09</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL OUMOURA</i> <i>18/05/22</i>	<i>05/05/2021</i>	<i>3621,30</i>

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

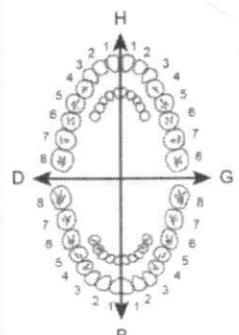
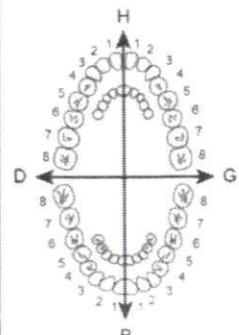
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				<input type="text"/>
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
				<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
	H	25533412 00000000	21433582 00000000	<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>
D	00000000	00000000	<b>Date du devis</b> <input type="text"/>	
G	35533411	11433553	<b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>	
B				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Mohamed JELLAL**

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiam et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 48 27 88

393 00x 6

1/ **Jamila**  
62 1006  
62 ON CALL  
38,15

23 33 Dylan 8/0

79,70

26 22/00

48 22/00

26 22/00

48 22/00

26 22/00

48 22/00

26 22/00

48 22/00

36 21 30  
poler 3

**الدكتور محمد جلال**

طبيب ملحق بمستشفى مانلويز بباريس  
أمراض السكري - المسنة - الكولسترول

الخدمة الفنية

الهاتف : 0522 48 27 88

Casablanca, le .....

DOCTEUR Mohamed JELLAL  
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris  
24, Rue de Bagdad - CASA  
Tél. 0522 48 27 88

PHARMACIE EL DIAWALA  
Distributeur officiel de WATIAA

24، زنقة بغداد (تراب زنقة أكابر ومصطفى المعاني) - الطلاق السنفي - الدار البيضاء

24, Rue de Bagdad (ex Damrémont) R.D.C. Anglè Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni) - Casablanca

29

79,70

UT.AV. : 12 18

LOT N° : 358 / 8

09366030/4

P.P.V.	7 3 7	79,70	ASKARDI
	7 3 7	79,70	LOT EXP PPV
	030/4		ASKAR
AV.: 1 2 1 8		79,70	PPV EXP LOT
NT N°: 2 3 5 8		9 7 0	

**ASKARDIL®** 75 mg 30 comprimés  
dispersibles

LOT 10010 5  
EXP 02/2024  
PPV 22DH40

**ASKARDIL®** 75 mg 30 comprimés  
dispersibles

PPU 22DH40  
EXP 05/2023  
LOT 14010 2

**ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles**

LOT 10010 5  
EXP 02/2024  
PPV 22DH40

**ASKARDIL®** 75 mg 30 comprimés  
dispersibles

PPV  
LOT  
PER

38MP

PPV  
LOT  
DPER



