

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

**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](http://www.mupras.com)

125379 MLD

## Déclaration de Maladie : N° P19-0005878

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMMOU Abdelouahed Date de naissance : 21.04.1951

Adresse : RESIDENCE AI MANAR Imm. P App<sup>2</sup> C Av. BIR Anzarat

Tél. : 0661 238470 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :



Age: \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : EL Jadida

Le : 12/07/2022

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 attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al Rifa'i Dr. M. A. Al Rifa'i ingle 23352610	12/07/2022	135,20

Cachet du Pharmacien,  
ou du Fournisseur

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

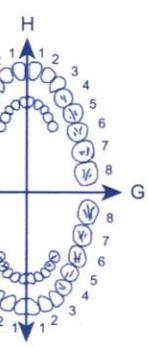
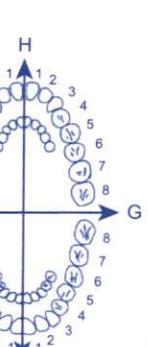
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				Coefficient des travaux											
				Montants des soins											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient des travaux
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des soins												
			Date du devis												
			Date de l'exécution												

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Pharmacie  
Jahidi**

**Jahidi**  
Pharmacie Jahidi  
Dr. Maria Jahidi  
Angle Nahj Al Rif  
Tél: 05 23 39 26 70

**Facture N° 000048**



Hammou Abdellouahed

12/07/2022

**Signé ...**  
~~Pharmacie Jahidi  
Dr: Maria Jahidi  
Angle Nahj Al Rif  
Tél: 052 455 570~~

**Lot, AlQods Nahj Errif El jadida Tél: 05 23 35 26 70**

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

<b>Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit</b>		
<b>Nom et prénom :</b> HAMMOU Abdelouahed <span style="background-color: yellow;">REDACTED</span>		
<b>Matricule :</b> 3711		<b>N° CIN :</b> B 801581
<b>Adresse :</b> RESIDENCE AL MANAR - Immeuble 2 Appart-6 Avenue Port Anzarane - EL JADIDA		
<b>Bénéficiaire de soins :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
<b>Partie réservée au médecin traitant</b>		
<b>Je soussigne :</b> Dr BELAMINE Fatima <b>Spécialité :</b> GENERALISTE <b>N° ICE :</b> 0022376410000 46 <b>N° INPE :</b> 091018259		
<b>Certifie que M<sup>le</sup>, M<sup>me</sup>, M<sup>r</sup> HAMMOU Abdelouahed</b>		
<b>Nécessitant un traitement d'une durée :</b> <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">TRITAZIDE 5/2,5 mg/j</span> <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">OU INSPIRE 100 mg/j</span>		
<b>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</b> <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">HTA.</span>		
<b>Dont ci-joint ordonnance :</b>		
<b>Traitement prescrit :</b> <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">TRITAZIDE 5/2,5 mg/j</span> <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">Cardioaspirine 100 mg/j</span>		
<b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</b> <b>Fait à :</b> CASABLANCA le 11/04/2022		
<b>Cachet et signature du médecin traitant :</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Dr. BELAMINE Fatima</b>            Médecin Généraliste            55, Boulevard Joulane Salmia II            Sidi Othmane - Tel: 0522 28 56 23         </div>		

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées