

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-721256

125725



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>13131</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Soukaina Ezzengfari</u>
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>066-77-87-50</u>	Total des frais engagés : _____ Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>02/07/2022</u>	Nom et prénom du malade : <u>AINI Med ZIYAD</u> Age : <u>05/03/20</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>syndrome febrile</u>			
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 : Casablanca

Le : 02/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HADJ Lev VI, El Pha BP 54 - INDE 112 003310000076	08/03/2011	59,70

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'O.D.F.																																							
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																		INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																							
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																							
DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																							
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																							
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>  <b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">D 00000000 35533411 G 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D 00000000 35533411 G 00000000 11433553			B																									
H	25533412	21433552																																					
D	00000000	00000000																																					
D 00000000 35533411 G 00000000 11433553																																							
B																																							
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																							
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																							
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																							
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																																							

# Docteur EL AZHARI My larbi

Spécialiste en Pédiatrie

Ex. Pédiatre à l'Hôpital d'Enfants  
au C.H.U. de Casablanca

Ex. Médecin - Chef du Service de Pédiatrie  
à l'Hôpital Mohamed V d'El jadida

122, Av. Abou Chouaïb Doukkali - El JADIDA  
Tél. & Fax : 05 23 35 35 55



# الدكتور الأزهري مولاي العربي

اختصاصي في طب الأطفال والرضع

طبيب بمستشفى الأطفال (ابن رشد)  
بالمراكز الصحي الجامعي بالبيضاء - سابقًا

رئيس قسم طب الأطفال بمستشفى  
محمد الخامس بالجديدة - سابقًا

شارع أبو شعيب الدكالي - الجديدة  
05 23 35 35 55

El jadida, le..... ١٧ جUIL 2022 الجديدة، في .....

٠٢ جUIL 2022

Achi نهاد ٢٤٥٣

٤٠,٧٥

Achi my care



٢٨٠

٧ ٩

٦ ٣

١٩,٠٠

Nursing

١٣

٤

٥٩,٧٥



Dr. EL AZHARI My Larbi  
Pediatre  
122 Avenue Bouchaïb Doukkali-El Jadida  
Tél : 05 23 35 35 55

المتنقل: ٠٦ ٦١ ١٩ ٢٨ ٥٥  
En cas d'urgence

في حالة الاستعجال  
GSM : ٠٦ ٦١ ١٩ ٢٨ ٥٥