

# 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° W21-714554

132879

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>9378</b>	Société : <b>RAM</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : <b>Braïdi Rachid</b>		
Date de naissance : <b>31.01.1966</b>		
Adresse : <b>0661357688</b>		
Tél. : <b>286 90 00</b> Total des frais engagés		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du Médecin : <b>MUPRAS</b>	
Date de consultation : <b>30/08/2022</b>	Age : <b>50</b>
Nom et prénom du malade : <b>ISmail Begüm</b>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Tui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Maladie allitérative</b>	
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'atté médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **RAM** Le : **05/10/2022**

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
30/09/22	C/S	1200.11		DINP : 1091262329 DR 1091262329 Médecin généraliste Le Marocain 2026 H14 RDCN° 1 Sidi Maârouf Casablanca Tel: 05 22 33 50 34

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL ABE Dr. Sana CHRAIBI 48, Lot. Essakane Sidi Maârouf Casablanca Tel 05 22 97 40 65	30/09/22	T = 176.90

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

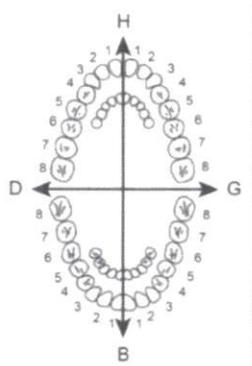
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

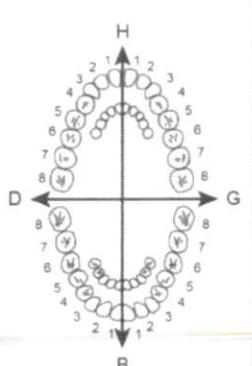
**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

# Dr Kessou Imane



# الدكتورة قسو إيمان

- Lauréate de la faculté de la médecine et pharmacie Casa
- Ancien Médecin Interne à CHP Sekkat Casa
- Echographie
- Electrocardiogramme (ECG)
- Suivi de grossesse
- HTA et Diabète

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالبيضاء
- طبيبة داخلية سابقاً بمشفى السقاط بالبيضاء
- الفحص بالصدى
- تخطيط القلب
- تتبع الحمل
- الضغط الدموي والسكري

Casablanca Le : 30/08/22

ISSmail b30/08  
 38.00 Cotrim forte 60x100  
 - Imedi 30.50 gel 100x100  
 27.50 Cefaclor 80 CP 20x100  
 52.00 20x100  
 - Logalene 28.10 80x100

PPV 38DH00  
 IMODIUM 2MG GELULE  
 20 Gél  
 PER.02/2027  
 P.P.V : 30DH50  
 6 118000 010845

Pharmacie AL ABL  
 Dr. Sana TERRAIBI  
 48, Lot. 2 Casablanca  
 Sidi Moustakbal Casablanca  
 06 55 45 85 26

LOT 210604  
 EXP 12/2023  
 PPV 52.80DH

Lot :  
 EXP :  
 PPV (DH) : 28.10

Lot Moustakbal L32 GH 14 RDC N° 1 - Sidi Maarouf Casablanca. Tél : 06 55 45 85 26

Fix : 05 22 33 50 34 - Email : contact.dr.imane@gmail.com

إقامة المستقبل عمارة رقم 14 الطابق السفلي الشقة رقم ا.س.د.ي معروف - الدار البيضاء