

# 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 ALÇ :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0007492

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10511 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JBARI FARID

Date de naissance : 31/12/1957

Adresse : LOT. O.N.A. 1 - DER. 2/19

Tél. : 066-342435 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 / 11 / 22

Nom et prénom du malade : JBARI FARID Age : 65

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Infection sévère

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 : Sousse Le : 02 / 11 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

**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

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



# RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02.11.22        |                   | 5                     | 250 dh                          | Dr. KADI FATIMA AHMA   |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Podmisteur                     | Date       | Montant de la facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE MORSLI<br>LOT DERWA N° 20 ONA<br>05 22 51 51 90 | 04/11/2022 | 48,00 dh              |
| PHARMACIE CHAWKI<br>LOT DERWA N° 20 ONA<br>05 22 51 51 90 | 02/11/22   | 48,00                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# RELEVÉ 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 <input type="text"/> |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      |             | H  |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                              | H  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              | D  | G                    |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              | B  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              | <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                      |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                              |  |                      |             |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KAIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي  
ابن رشد

## Ordonnance

Nom : JOARI Jaid

Berrechid, le : 02/11/2023

DR. KAIDI FATIMA  
Endocrinologue Diabétologue  
et Maladies métaboliques  
Tél: 05 22 32 43 39

PHARMACIE MORSLI  
LOT DERWA N° 20 ONA  
48 02  
05 22 51 51 90



PHARMACIE EL AWKI  
Dr. A. CHAWKI ELAMARI  
43 Lot. Makhlouf 2, 26200 Deroua  
Tél: 05 22 93 27 56

PHARMACIE MORSLI  
LOT DERWA N° 20 ONA  
05 22 51 51 90

DR. KAIDI FATIMA ZAHRA  
Endocrinologue Diabétologue  
et Maladies métaboliques  
Tél: 05 22 32 43 39

48,00

48,00