

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 97-3 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : DAR Roui FATHINA

Date de naissance : 30/06/1966

Adresse : ANDALOUSSI KUE 2 N° 72

Localité : casablanca

Télé. : 0666 414612 Total des frais engagés : 122,82 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/11/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : ceo sa

Signature de l'adhérent(e) : DAR Roui

Le : 13/12/2022

#### **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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/11/2022      | R                 |                       | Gratuit                         | <br>Dr. Khaled Almaliki<br>Médecin généraliste<br>Cardio-vasculaire<br>des domaines imm.<br>Face à face ou par GSM<br>18 18 04 GSM 065 20 14 20 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <p><del>Hassan</del> PHARMACIE BELAL AMI<br/>Masjid Rue 23 N°70<br/>Casablanca<br/>Tél: 05 22 80 79 41</p> | 26/11/22 | 177,10                |

#### **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 |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

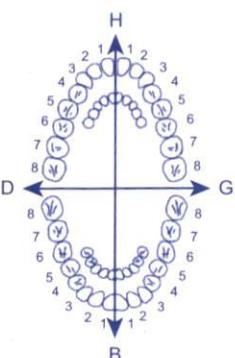
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H  |          |
|----|----------|
| 12 | 21433552 |
| 00 | 00000000 |
| 00 | 00000000 |
| 11 | 11433553 |



[Création, remont, adjonction]  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Khalid BENJELLOUN**



Spécialiste des maladies Cardio-Vasculaires  
(Holter Rythmique, Holter Tentionnel,  
Echocardiogramme - Epreuve D'Effort)  
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VI

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VI.

Bloc des domaines, Imm 3,  
AppT2, RDC, Rue Bir Jedid  
(en face délégation CNSS Ziraoui )  
Casablanca - GSM : 06 61 30 14 20  
Tél. cabinet : 05 22 48 18 08

الدكتور خالد بن جلوان

الشرايين و أمراض القلب في اختصاصي

لتشخيص يا لصدى

العداد من التخطيطية 24 = اختبار الـ

خاتمة كلية العلوم الإنسانية

الطابق السفلي زنقة بير الجديـد  
 مقابل مندوبيـة الضمان الإجتماعي الزيراويـي  
 الدار البيضاء - المـحمول : 06 61 30 14 20  
 هاتف العـادة : 05 22 48 18 08

Casablanca, le 26/11/2022

N = Nazroon Fatima

*L. hypoleuca*

① Avlocadyls

D 112,70  
Vastand 80

③ Akademie für Regenwürmer

22,80  
177,10

دكتور خالد بن جلون  
Dr Khaled BENJELOUN  
Spécialiste des Maladies  
Cardio-vasculaires  
Bloc des Domaines Iman 3 A  
Rue Bir Jidid (en Face de Délegations  
Tél 0522 48 18 08 GSM 056



M&SO

**VASTAREL® 80<sup>mg</sup>**

Dichlorhydrate de trimétazidine  
Gélule à libération prolongée