

## 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

- 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-726051

141135



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19936

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAAMOURI

MAROUANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 968 974

Total des frais engagés : 650,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :



Nature de la maladie :

LAAMOURI TAHIA

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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.

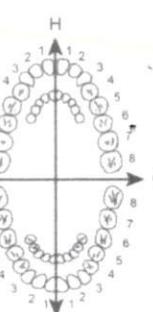
Fait à : CASA

Le : 15/12/2022

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
15.11.2022			52000	INP 05/12/2022 M. Kadiji Lot. Haoua El Krouf - Casablanca 22 57 20 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sidi Maârouf Bis. Fath II Sidi Maârouf CASABLANCA 52278 62 05	15/11/2022	3000000000 400,20

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Treatment coefficient)	INP : <input type="text"/> / <input type="text"/>																			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DÉBUT D'EXÉCUTION																			
				FIN D'EXÉCUTION																			
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																			
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" 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 colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		00000000	B		35533411	G		11433553
				H	25533412	21433552																	
				D	00000000	00000000																	
				G		00000000																	
B		35533411																					
G		11433553																					
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																							
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																							
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																							
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																							
<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																							

# Cabinet Dr. Amal DAMIR

## عيادة الدكتورة أمال دمیر



Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

Allergologue

Asthme et Allergie des Enfants

اختصاصية في أمراض

الرضع والأطفال

اختصاصية في حساسية الأطفال

وأمراض الربو الضيقية

Casablanca, le : 15/11/2022

الدار البيضاء، في ZOO.CEIP/m

<u>1) S.V. Bimylozi</u>	<u>200 c x 5 p</u>	<u>40,00</u>
<u>2) S.V. Kitobulzi Ng gorge</u>	<u>1 cec x 5 p</u>	<u>50,00</u>
<u>3) S.V. Orelon dog ef (n°3)</u>	<u>100ml</u>	<u>107,20 DH</u>
<u>4) S.V. Sotovet mg</u>	<u>1 cec x 3 p</u>	<u>107,20 DH</u>
<u>5) Zytac mg</u>	<u>1 cec x 5 p</u>	<u>107,20 DH</u>
<u>6) Polyediatique</u>	<u>1 don de 2</u>	
<p>PPV 170H50 PER 03/25 LOT L956</p>		
$T = 400,20$		
المرجو إحترام وصفة طبيكم		
Salbutamol		
$21,90$		

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Lotissement Haddioui N°497, Sidi Maârouf - Casablanca

شارع ابو بكر القادرى تجزئة الحديوى الرقم 497 - سيدى معروف - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Tél. : 05 22 33 57 20 - GSM : 06 61 09 74 40 - E-mail: damiramal25@hotmail.com

Dr. Amal DAMIR  
Boulevard Abou Bakr El Kadiri  
Lotissement Haddioui N°497 Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél. 05 22 33 57 20  
ANCA 862 05