

## 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-564174

243583

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

8638

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

El Guercha Skender

Nom & Prénom :

El Guercha Skender

Date de naissance :

31.03.72

Adresse :

HABITUELLE

Tél. :

0663 76 11 03

Total des frais engagés : 175,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL YOUSFI NADIA  
Medecin Generaliste  
Santé Publique

Date de consultation :

15/04/22

Nom et prénom du malade :

El Guercha Skender

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

bronchite + my cose

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 :

Le : 15/04/22

Signature de l'adhérent(e) :

Y

### VOLET ADHÉRENT

**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
17/11/22 Consultation	gratuit			INP : 10911267872 DR EL YOUSFI NASSER Médecin Généraliste Santé publique

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR EL YOUSFI NASSER 93 Rue de la République 34317 Montpellier Tél: 05 23 32 19 61	15/11/22	125,60

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

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
		A M	P C	I M	I V	

**VOLET ADHERENT**

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

<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>									
<b>MONTANTS DES SOINS</b>									
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>									
<b>FIN D'EXECUTION</b>									
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>21433552</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>00000000</th> </tr> <tr> <th>B</th> <th>35533411 11433553</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th>G</th> <th>00000000</th> </tr> </tbody> </table>	H	21433552	D	00000000	B	35533411 11433553	G	00000000	
H	21433552								
D	00000000								
B	35533411 11433553								
G	00000000								
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>									
<b>MONTANTS DES SOINS</b>									
<b>DATE DU DEVIS</b>									
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>									

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS** **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Le 15 / 11 / 22

# ORDONNANCE

EL GUER GAAI ENDER

Dr EL YOUSFI NADIA  
Medecin Generaliste  
Sante Publique

45,70 1) Azix 500  
1cp/1J 

45,20 2) ICAM  
1cp/1J le soir 

14,00 3) Doliprane 1000 mg  
1cp x 2/1J 

36,70 4) Myaderme Crème  
1app x 2 f/1J 

PHARMACIE DU MECHOUAR  
Rajah SIDI EL HAYAT  
93, Rue Libé, 20105 Casablanca  
Tél: 05 22 30 69 90 / 05 22 54 37 19  
INPE: 092041961

Dr EL YOUSFI NADIA  
Medecin Generaliste  
Sante Publique

