

# 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.

M22- 0044741

154360

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1052

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LAAMRI

Rabia

Date de naissance : 21.11.46

Adresse : 2 - Rue Isbel 17 Joun - Hay Salam  
Casablanca

Tél. 0662 18 61 26 Total des frais engagés : 800 + 634,50 + 99,22 Dhs

933,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

دبي مصلح. خبير لدى المحاكم  
دبي. مدعي التهامي  
في الحق الحسني  
أذربيجان. الدارالبيضاء  
لا الحمد لله رب العالمين  
الهاتف: 022 90 97 66  
fax: 022 90 97 66

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10.01.2023

Nom et prénom du malade : LAAMRI Rabia Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Socle

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22 MAR 2023

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 : Casablanca

Le : 07/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

## 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
01 MAI 2023	C		200.00	2023-05-01 Dr. M. A. B. C. (Signature)
02 MAI 2023	C		22.80	2023-05-02 Dr. M. A. B. C. (Signature)

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BAB ESSALAM</b> Monteith SARL Docteur en pharmacie de l'Atlas - bay salam , Casablanca 05.22.94.15 <b>BAB ESSALAM</b>	07/03/2023	634,50
	09/03/2023	99,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

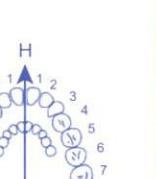
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### 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

	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>     <b>MONTANTS DES SOINS</b>     <b>DATE DU DEVIS</b>     <b>DATE DE L'EXECUTION</b>     
H	G													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
B														
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الكزوولي

Médecin Assermenté

طبيب مerval

Expert près les Tribunaux

SA

LAADAI RABTA

Casablanca, le :

07 MARS 2023

الدار البيضاء، في :

144,50

1- Esac



6728

48,40

2- Gavis



LOT 22006  
PER 05/24  
PPV 144 DH 50

46,00

3- Noxifit



PHARMACIE BAB ESSALAM  
(ISSY SARL)  
Moulay Ismaïl Amal  
Docteur en pharmacie  
27 Rue de l'Atlas, Hay Salam  
Tél: 05.22.94.15.14

3



LOT : 2686  
PER : 08-25  
P.P.V : 108 DH 00

108,00

4- Vela



الدكتور سعيد الكزوولي  
الدار البيضاء

144,10

5- Vismed multi



SYNTHEMEDIC  
22-24 Rue Zouhour Ben  
El Aoua Casablanca  
P.P.C: 144.10

$\sum 634,50$  184 x 3/

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgzs@gmail.com



# Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

# الدكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلف  
غير لدى المحاكم

Casablanca, le :

09 MARS 2023

الدار البيضاء، في :

49,60 x 2

D Cme R



1 day / M

T 2 99.20



~~دكتور سعيد الكزوولي  
طبيب محلف، شقيق الدكتور الحسني  
رقم 60، شارع الحسني، الدار البيضاء  
مارولا - الحسني 90.90.10.88. الرفقاء  
إيف، 97.66.90.90.10.88. الرفقاء~~