

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REBOURSEMENTS 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

N° W19-478099

A 55644

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	10513	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Lou ARI
Nom & Prénom :			
Lou ARI LOT BLAD CHAMA NS21			
Date de naissance :	16/10/47/1921		
Adresse :	108b66386		
Tél. :	Total des frais engagés : 391,90 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<b>Dr. JABRI AHMED</b> Oto-Rhino - Laryngologie & Faciale N° 76, 1er Etage Derb El Houria Boulevard Abderrahmane Hay Hassani Casablanca 20000			
Date de consultation :	29/03/2023	Age :	52 ans
Nom et prénom du malade :	Lou ARI		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Appel 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/03/2023



#### **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
29 03 2023	CS		970,7	INP : 001670421 Signature Dr H. El Hourani Chirurgien Laryngologue & Service Farcielle Dr El Hourani Signature Haydar

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Dr. Benmali Boudjed Sebaa - OME CASABLANCA Tél: 0522 90 18 44	29.3.2023	17.141,93

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **BELLEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant le type 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	INP : <input type="text"/>	
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H D G B	G B	H D G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	25533412 00000000	21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	00000000 35533411	00000000 11433553		DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*Dr. Ahmed JABRI*

Spécialiste O.R.L

## Maladie et Chirurgie

**ZECLAR® 25 mg/mL**  
Boite d'un flacon de 100 mL  
PPV: 98.90 DH



Maphar  
Km 10, route côtière 111  
Ou-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca, Maroc

الدار البيضاء، في : ٢٩/٣/٢٠٢٣ :  
inca, le :

29/3/2023

Eff. Louafi. Hajmed Ghol. • TFRG  
pharmacie TAM

98,90.

Pharmacie TAM  
Dr. Bennan Jaafar  
302, Bd Qued Jebou - Oulfa  
CASABLANCA  
Tél: 0522 44 18 99

1]. Fiecken aufprallend mit  
1 Wm An 1 (17kg) + 21 ] 08

2).- Effipred Gr 5  
PPU 23DH00  
EXP 12/2025  
LOT 2D0101

PPV: 20DH00  
PER: 09/25  
LOT: L3282

# Inter sing (TAM S.V) lesson

1/2 C<sub>9</sub>H<sub>10</sub>) / 1 mol

76, شارع سيد عبد الرحمن - درب الحرية، الطابق الأول (أمام مصحة ياسمين) الحي الحسني  
76, B.P. Sidi Abderrahmane - Derb El Houria, 1er étage (En face Clinique Yasmine) Hay Hassani  
Casablanca - Tél.: 0522 93 14 99 - Email : ahmedjabri@hotmail.com - INPE : 091079491

DDV  
0510418083  
14630