

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 physique à caractère personnel.

N° W21-724361

Complément du Dossier  
192-0036016

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 606 + 842

Société : RAM. Cr. Joint. copie

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Dr EL HADJ B. Abdellah et Joti Assala

Date de naissance : 01/07/1947

Adresse : Hay EL HADJ B., Rue 27, N° 8. Casablanca

Tél. : 06 63 70 94 84

Total des frais engagés : 800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

Conjoint

Enfant

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

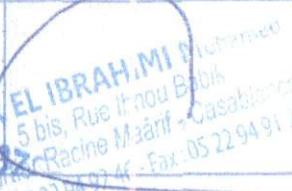
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
RESPIRE AIR SARL AU 43, Avenue Abdelhadi Boutaleb Route d'Azemmour - Casablanca Tél : 3990251 - ICE : 00203709000011	24/03/2013	location CPAP	14 cels			800DH

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
 INPE : 910537 5 bis, Rue l'ou Bibi Quartier Racine M'Jarrif - Casablanca 05 22 94 91 13				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OXYLIFE 46, Av Abdelhadi Boutahar Route d'Azemmour - Casablanca Tél: 0522 94 06 95	26/02/23 08/03/23	Location CPAP 1 mois				8.90.44

### VOLET ADHERENT

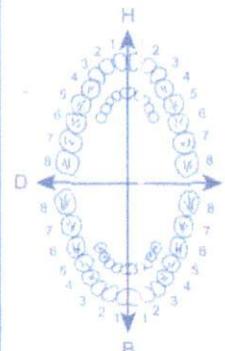
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

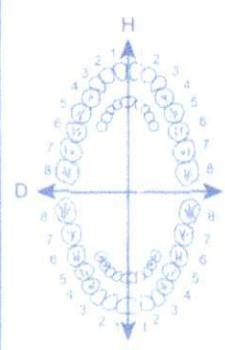
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESSES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433562
D	00000000	00000000
B	35533411	11433563
G		

(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

[Télécharger](#)[Plein écran](#)[Imprimer](#)[Masquer le courrier](#)

N° Dossier: 157486

N° Dossier externe: ACC-00606-17/04/2023

Type de dossier: PNEUMOLOGIE

Bénéficiaire: EL HARTI ABDELMAJID

Situation: En attente

Sous-situation: —

Date de début: 17-04-2023

Date de fin: 17-04-2023

Date de saisie: 17-04-2023

Événement:

#### Commentaires pour l'édition

#### Commentaires existants [4]

Date	Type	Commentaire
18-04-2023	Manuel	OK per Si à après de sommeil
18-04-2023	Manuel	ACCORD CPAP SELON CONTRAT

## Facture & Bon de livraison

N°: F6503/2023  
Date : 24/03/2023

Début : 24/03/2023  
Fin : 24/04/2023

Client : EL HARTI ABDEI MA IID

Client : EL HAKITAB

Adresse : CASABLANCA  
Code Client : 0000

Bon De Commande client N°:

**RESPIRE AIR SARL AU**  
46, Avenue Abdelhadi Boutaleb  
(Ex. Route d'Azemour) - Casablanca  
RC : 399025 - ICE : 00203709300011

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

<b>Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit</b>		
<b>Nom et prénom :</b> <i>Mr ELHARTI Abdellmajid. + Ep. Joti ASSIA</i> <b>Matricule :</b> <i>606 + 842</i> <b>N° CIN :</b> <i>B 3452 10</i> <b>Adresse :</b> <i>Hay ELHANA, Rue 27, N° 8. Casablanca</i> <b>Bénéficiaire de soins :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <i>Mr ELIBRAHIMI Mohamed</i> <i>5 bis, Rue Ibnou Babik</i> <i>Quartier Racine Maârif - Casablanca</i> <i>Tél. 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23</i>		
<b>Partie réservée au médecin traitant</b>		
<b>Je soussigne :</b> <i>Signature de Mr ELIBRAHIMI Mohamed</i> <b>N° ICE :</b> <i>0021961970003</i> <b>Spécialité :</b> <i>Pneumologue</i> <b>N° INPE :</b> <i>INPE: 91053793</i>		
<b>Certifie que Mlle, Mme, M. :</b>  <b>Nécessitant un traitement d'une durée :</b> <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie		
<b>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</b> <i>Signature de Mr ELIBRAHIMI Mohamed</i> <i>5 bis, Rue Ibnou Babik</i> <i>Quartier Racine Maârif - Casablanca</i> <i>Tél. 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23</i>		
<b>Dont ci-joint ordonnance :</b> <b>Traitement prescrit :</b> <i>C RAZ</i>		
<b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</b> <b>Fait à :</b> le / / <b>Cachet et signature du médecin traitant :</b> <i>Signature de Mr ELIBRAHIMI Mohamed</i> <i>5 bis, Rue Ibnou Babik</i> <i>Quartier Racine Maârif - Casablanca</i> <i>Tél. 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23</i>		

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées