

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-010932

165749

Dentaire

Optique

Autres

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2385

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : S.L.A.M.N.I

R.A.C.H.I.D.A

Date de naissance : 04/07/1954

Adresse : Lot Cannita Rue 2 n° 43 Hay Kremal

Tél. : 0662014171

Total des frais engagés : 810,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. JARDANEH HASSAN  
CARDIOLOGUE  
INP: 091080481

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/06/2023

Nom et prénom du malade : S.L.A.M.N.I. Rechida Age : 69

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : 15/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

## 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
15/06/2023	Sct	550	1.300 = DHS	Dr. HASAN JARDI Cardiologiste Cas 5512-12

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE MEDDAH</b> Dr. MEDDAH, R. Hay Lakemat, R. Casablanca Tel: 06 05 20 07 60	15/01/2018	510,00

## ~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

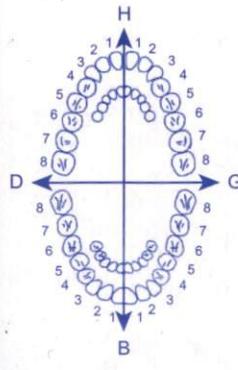
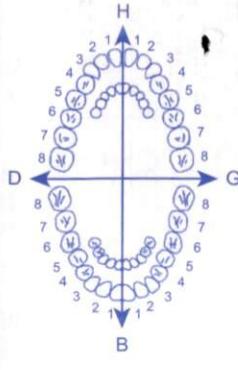
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	JV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				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															
	<table border="1" data-bbox="1601 920 1846 1068"> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td></td></tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# عيادة أمراض القلب والشرايين والظفط الدموي

Docteur JARDANEH Hassan  
CARDIOLOGUE

Spécialiste des Maladies du Coeur  
des Vaisseaux et de l'Hypertension Artérielle

Diplomé de la Faculté de Médecine de Caen - France  
et de Bruxelles - Belgique

Ancien Attaché des Hopitaux de Bruxelles  
Echo - Doppler Couleur Cardiaque



الدكتور حسن جردانه  
اختصاصي

أمراض القلب والشرايين والظفط الدموي

خريج كلية الطب بكان - فرنسا

وبروكسيل بيلجيكا

طبيب ملحق سابق بمستشفيات بروكسل

فحص القلب بالصدى بالألوان

Casablanca, le :

15/06/2023

LOT : 299  
PER : DEC 2025  
PPV : 140 DH 00

LOT : 299  
PER : DEC 2025  
PPV : 140 DH 00

LOT : 299  
PER : DEC 2025  
PPV : 140 DH 00

LOT : 299  
PER : DEC 2025  
PPV : 140 DH 00

110,00 X 3  
420,00

Slowinski Rachida

Auguille 50 7

27,00 2) Sponson 19,50 3/

62,50 R) Kuspa 200 7

27,50

1 mes

CLINIQUE AL WAM MOURAD  
RUE 28 N° 64  
HOUAKEMAT, RUE 21 33 13  
Casablanca  
Tél: 05 22 21 55 05  
GSM: 06 61 08 55 05

LOT 222713  
EXP 08 2025  
PPV 62,50

Dr. HASSAN JARDANEH  
CARDIOLOG  
386, Bvd. Driss Harti  
Casablanca  
Tél: 05 22 21 55 12 12  
2045 22 55 12 12