

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-763024

184/100



Maladie     Dentaire     Optique     Autres

Matricule : 432    Société : *Royal Air Maroc*

Actif     Pensionné(e)     Autre

Nom & Prénom : *Ouazzani Hassan*

Date de naissance : 1-1-1929

Adresse : *40 Rue Boumchouk*

Télé : 0662144243    Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/10/2013

Nom et prénom du malade : *Ghita fakir*    Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : *Bombon*

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 : *AS*    Le : 05/11/2013

Signature de l'adhérent(e) :

*Zaytoun*

#### **RELEVÉ 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
31-10-23	C1	6500	INP : 1111111111111111	Dr. GUESSOUS Sou INPE: 091069294

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date	Montant de la Facture
<b>Dr. GUESSEY</b> <b>MEDECINE</b> <b>GYNECOLOGIE</b> <b>ECHOGRAPHIE</b> <b>Hypno</b> <b>119, Bd Afghanistan</b> <b>Tel: 05 22 90 34 75</b>			423,40
		31/10/23	

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

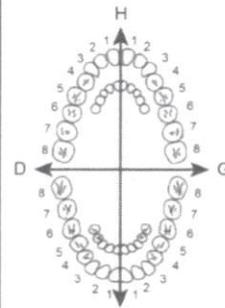
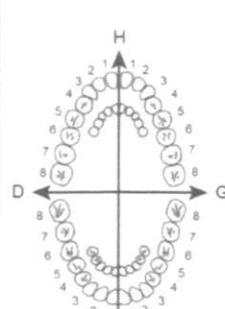
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **BELEVE 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	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 & 21433552 \\  & 00000000 & 00000000 \\ \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\ \hline  B & &  \end{array}  $			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Souâd GUESSOUS

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômé de l'université de Montpellier  
en Echographie Générale

D.U. de Gynécologie Médicale

de l'Université de Strasbourg

Expert Assermenté auprès des Tribunaux

119 Bd. Afghanistan - Hay Hassani

Casablanca

Tél. : 05 22 90 34 75

Dr. GUESSOUS Souâd

INPE: 091069294

ICE: 001648436000096

I.F: 5140220

خريجة جامعة مونبولي في الفحص  
 بالأمواج ما فوق الصوتية

حاصلة على شهادة أمراض النساء  
بستراسبورغ

خبيرة محفلة لدى المراكز  
الدار البيضاء

119، شارع أفغانستان - الحي الحسني  
الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 90 34 75

Lot:  
À consommer  
avant le:  
PPC: 79,00 DH

230629

Casablanca le .....

31.10.23

1<sup>er</sup> month fatine

170,00

- of 1000 2

S. V.

PRIX PUBLIC MAROC  
17000

29,00

A piano

S. V.

X 88

PRIX PUBLIC MAROC  
60,40

60,40

S. V.

PHARMACIE HIBA  
Dr. Ahmed CHIBRY  
022031392

DR. GUESSOUS Souâd

DOCTEUR GUESSOUS Souâd  
MÉDECINE GÉNÉRALE  
GYNÉCOLOGIE MEDICALE  
ECHOGRAPHIE  
119, Bd Afghanistan - Hay Hassani  
Tél: 05 22 90 34 75

22496 1125  
LOT PER  
Prix 114,00

114,00

423,40