

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

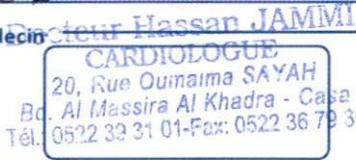
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° W19-430426



| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : <u>1801</u> | Société : <u>RAM</u> | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom & Prénom : <u>OUAZZANY FATHIA</u> | | | |
| Date de naissance : <u>02/12/150</u> | | | |
| Adresse : <u>Résidence AR MAWLID, Rue Ibnou Khatir</u> <u>IM. A App 55 Maârif - Casa</u> | | | |
| Tél. : <u>0661329221</u> Total des frais engagés : <u>1.261,90</u> Dhs | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Docteur Hassan JAMMI CARDIOLOGUE 20, Rue Ounaima SAYAH Bc. Al Massira Al Khadra - Casa Tél. : 0522 39 31 01-Fax: 0522 36 79 35 </div> | | | |
| Cachet du médecin :  | | | |
| Date de consultation : <u>02 AOUT 2019</u> | | | |
| Nom et prénom du malade : <u>Q. OUazzany fathia</u> Age: <u>69</u> | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>HDP</u> <u>Qur de peur</u> | | | |
| 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 Le : 02/09/19

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 02 Aout 2019 | CS | G | | INP : [REDACTED] Docteur Hasssan JAMMI CARDIOLOGUE 20, Rue Ouhaima SAYAH Bd. Al Massira Al Khadra - Casa Tél. 0522 31 11 50 - Fax 0522 36 79 6 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| pharmacie du complexe Sperbi Dr. Kadiha Benani fatima 62 route Mamoud Mohamed asphaltes Tél.: 05 22 36 05 07 | 02/08/19 | 424.30 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

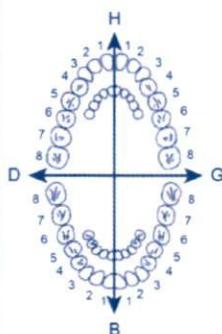
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

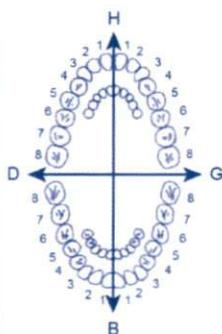
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |
| 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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

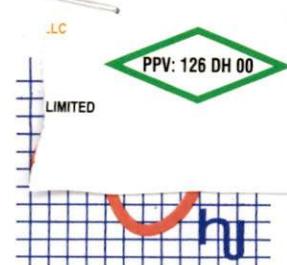
FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

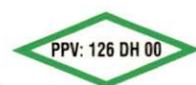


Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة
TABLEAU A (Liste I)

Importé par:
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, Avenue Hassan 1^{er},
20070 Casablanca.

Fabriqué par:
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Inde



Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة
TABLEAU A (Liste I)

الدكتور حسن جملي
أمراض القلب والشرايين

Dr. Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université
de Nice - Sophia Antipolis

Er de maphar
Km 10, route côtier 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Seba
Casablanca - Maroc

TENORETIC 50MG/12,5MG CP PEL B30

P.P.V. : 68DH10

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Q1 Zenata Ain seba Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
500cp mv
P.P.V. : 68,10 DH

Résidence Star Youness , Rue Oumaïma Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

02 AOUT 2019

Q- Ouazzani fatima
Cibeline 10
126,00 x 2
new lot
n° 389107
LOT 181281
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

Temetec
(68,10 x 2) 1cr lot
36,70
Anxiol
1/4 av
n° 389108
lot ev 02/09
n° 389107
lot ev 02/09

02 m

GSM : 06 61 14 94 22
Tél : 05 22 39 31 01
Fax : 05 22 36 79 35

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaima SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra - Casablanca
Tél: 0522 39 31 01 - fax: 0522 36 79 35