

## 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° W19-420169



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5960

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FAIKI ABDELAZIZ

Date de naissance :

11/02/1962

Adresse :

34, Rue 17 SEKilia (1) ouffa

Tél. :

0667015273

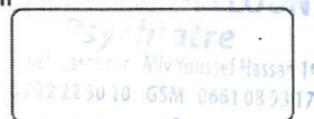
Total des frais engagés :

985,40

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

19/09/2019  
Faiki hanjra

Age: 23 ans

Lien de parenté :

Lui-même

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 :

Le : 19/09/19

Signature :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
19.09.19 entry			350 dt	INP : 1081200873 Dr TAHAR MELLOUN Tunis - Youssef Massaoui 100% Res. Especialiste CM: 0465 08 93 17

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<p>DRA AL MAXIM BOUCHERA 100, Rue Andalou 64000 Bayonne SARL AL MAXIM - Tel : 0522 90 71 60</p>	19/09/19	635,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

#### **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	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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412 00000000	21433552 00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412 00000000	21433552 00000000														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				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

LOT 181770  
EXP 11/2020  
PPV 36.70DH

BENJELLOUN  
(C.H.U de Reims)

GlaicoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 268,00 DH  
6 118001 142460

Hôpitaux de France  
éole :  
et d'Addictologie  
lvalados  
ut Thérapeutique  
ue (I.T.E.P)  
ne  
et Enfants au Centre

ID 1626296

LOT : 024  
PER : OCT 2021  
PPV : 113 DH 50

6 118001 030071  
Anafranil® SR 75 mg  
20 comprimés pelliculés sécables  
PPV : 93.00 DH

677

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

0  
0  
0  
0

الدكتور طارق بن جلون  
أخصائي في الأمراض النفسية والعقلية

طبيب متخصص في الأمراض النفسية والعقلية  
لدى

المستشفيات الفرنسية

طبيب رئيس قطب سابق :

قطب الأمراض النفسية والعقلية والإدمان  
بالكالفادوس

طبيب متخصص لدى معهد العلاجات التعليمية والتربوية  
بلورن (سابقا)

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Al sebâa Casablanca  
Terolith 250 mg B100 cp  
P.P.V : 67,60 DH  
6 118000 060895

1819 19  
نـسـقـاـتـاـ

Terolith 250 mg 1. e. 2  
93,00 1S  
Mirtal 25 mg 1. e. 2  
268,00 1S  
Wellbutrin Demy 1. e. 2  
56,60 1S  
Stimex 1. e. 2  
anit 1. e. 2  
113,80 1S  
Medigepin 2,6 1. e. 2  
96,30 1S  
Medip 1. e. 2  
63,140 1. e. 2  
OND 1. e. 2

PHARMACIE AL HAKIM  
Dr. Abdellah BOUCHRA  
100, Rue Angle 6A/600 Lot Sekelia Sulta.  
CASABLANCA - Tél : 0522 90 71 60

DENTAL REMBELLOUN

--  
Rover

le 18/11/9

le 31/10/9