

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Maladie :

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0042769

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8991

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AMRI ABDEL AZIZ

Date de naissance : 25-02-69

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661713695 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 Sept 2019

Nom et prénom du malade : AMRI ABDEL AZIZ

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : AFF ORL

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 31/10/19

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19 Sept 2019    | C1                |                       | 130,00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

0662 79 12 99 / 0522 915 444

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 19/09/2019 | 278,90dh              |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|---------------------------|--|------------------|-------------|-------------------------|
|                           |  |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|                           |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                           |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                           |  |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                           |  |                  |             |                         |
|                           |  |                  |             |                         |
|                           |  |                  |             |                         |
|                           |  |                  |             |                         |
|                           |  |                  |             |                         |
|                           |  |                  |             |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H<br/> 25533412<br/> 00000000<br/> D<br/> 00000000<br/> 35533411 </div> <div> H<br/> 21433552<br/> 00000000<br/> G<br/> 00000000<br/> 11433553<br/> B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|                           |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                           |  |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                           |  |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |
|                           |  |                  |             |                         |
|                           |  |                  |             |                         |
|                           |  |                  |             |                         |
|                           |  |                  |             |                         |
|                           |  |                  |             |                         |
|                           |  |                  |             |                         |
|                           |  |                  |             |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Zine El Abidine LIMOUNI

Médecine Générale

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Sfax Tunisie

Echographie

Electrocardiogramme

Circoncision

العابدين ليموني

ب العام

اطب بصفاقص  
ونس

ب بالصدى

ط القلب

لهارة

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40  
EXP 01/2020  
LOT 6N056 10

PPV 58DH40  
EXP 05/2022  
LOT 93014 1

Casablanca, le 19 Sept 2019 الدار البيضاء, في

Mme, Mr ABDELAZIZ AMRI

PPV: 14DH00  
PER: 03/22  
LOT: I728

- \* - PRENIO 20 ou EFFIPRED 20 (ST)

2x 58,40

4cp CE JOUR  
3cp DEMAIN  
2cp APRES DEMAIN

PPV: 126,30 DH  
LOT: 599322  
PER: 01/20

- \* - DOLIRANO 1000

14,00

1cp 8/1 x 03j

- \* - AUGMENTIN 1000

126,30

1 BANIST x 2/1 x 03j

21,80

- \* - POLYDEX (OD)

4 GTC x 2/1 x 03j

TOTAL = 278,90 dh

دكتور زين العابدين ليموني  
طبيب عام  
مسجد فاطمة عبد الله بوقشان  
الشيخ القزابري (الشيخ القزابري)، باب 9 مكتب 3 حي النسيم، الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 91 54 44  
0522 79 12 99 / 0522 915 444