

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostic 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

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



ND: 51667

## Déclaration de Maladie : N° P19-0017689

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1564 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ETIANOUTI Mohamed Date de naissance : 1954

Adresse : 16, Rue ELKHOUE CASABLANCA Maroc

Tél. : 0661285110 Total des frais engagés : 676,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ETIANOUTI Rachida Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA - Diabète

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 : 10 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

## 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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 02/12/2020      |                   | CH <sub>1</sub> *     | 3000 H                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                         | Date       | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
|  | 02/12/2020 | 376,00                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

## AUXILIAIRES MEDICAUX

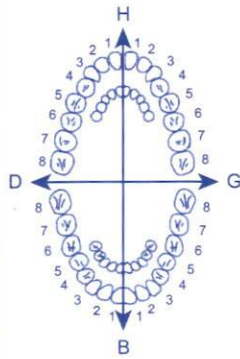
[illegible]

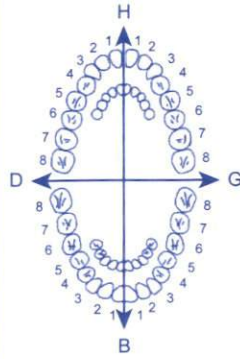
## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES                                                                     |  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
|  |  |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            | MONTANTS<br>DES SOINS |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |
|                                                                                     |  |                   |                     |             |                            |                       |

| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                          |  |                            |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|-----------------------|
|  | <div><div><div>H</div><div>25533412<br/>00000000</div><div>D</div></div><div><div>H</div><div>21433552<br/>00000000</div><div>G</div></div></div> <div><div>00000000<br/>35533411</div><div>00000000<br/>11433553</div><div>B</div></div> |                                                                                                                       |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |  |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |  |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |  |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           | <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div> |  |                            | MONTANTS<br>DES SOINS |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |  |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |  |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |  |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |  |                            | DATE DU<br>DEVIS      |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |  |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |  |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |  |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |  | DATE DE<br>L'EXECUTION     |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |  |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |  |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                       |  |                            |                       |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur **ZOHEIR Fatima**  
Cardiologue



دكتورة **زهير فاطمة**  
اختصاصية في أمراض القلب

Diplômée de la faculté de Lyon

Ex-attachée de l'hôpital cardiologique de Lyon- Ex chef de service de cardiologie à la CNSS

Membre de la société française de cardiologie

Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le 2/12/2020.

M<sup>e</sup> et Harouti Roudani.

125,60<sup>+</sup> 1/1 Bi Pterax

upli matui

T = 376,00

Π Le Zuois

PHARMACIE  
Route d'El Jadida  
240, Bd Brahim Roudani  
Tel: 05 22 99 57 46

125,60

125,60

125,60

230, شارع إبراهيم روداني طريق الجديدة - المعاريف - الدار البيضاء

230, Boulevard Brahim Roudani Ex Route d'El jadida, Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 25 21 81