

## 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° W19-466418



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8665

Société : RAM

### Actif

### Pensionné(e)

### Autre :

Nom & Prénom : SEMMAMI Hicham

Date de naissance : 13/03/70

Adresse : 18, rue pasquier Bd Abdellah CASA

Tél. : 0661177235

Total des frais engagés : 894 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/03/2013

Nom et prénom du malade : Dr CHEBAO

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Rosacée + allergie

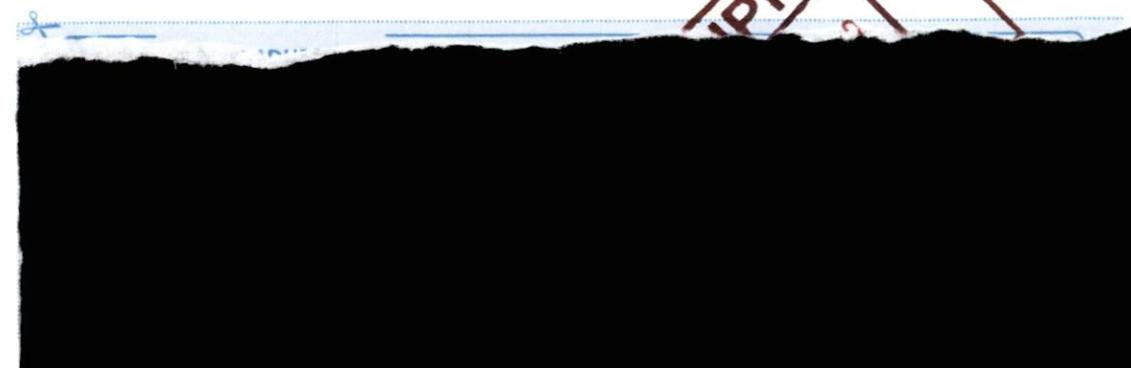
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA

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
20/09/19			CH	Dr. CHERIF DIBA Gynécologue - Obstétricien Hôpital Mère & Enfant

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>Pharmacie LAHBABY Dr LAHBABY Mohamed 79-81 Avenue "N" Jamila 5 C.D.CADA Tel. 0522 37 31 03</i></p>	<i>20/09/19</i>	<i>894,00 Dhs</i>

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>																		
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></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	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
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"/>																		

# ORDONNANCE

Pharmacie LAHBABI  
Dr LAHBABI, 31 Mohamed  
79-81 Avenue "N" Jamila 5  
C.D. CASA TIBI Tel. 0522 37 31 03

CTRA

Le 20/09/19

Pharmacie LAHBABI  
Dr LAHBABI Mohamed  
79-81 AVENUE "N" Jamila 5  
C.D. CASA TIBI Tel. 0522 37 31 03

Mme GHAMAD IMANE

11 Augmentin 500 mg (S)

~~130,30x2 =  
= 260,60 DH~~

~~15x2 | 5~~

x 2 boîtes



21 - Autocardyl 100 mg

~~24,00 DH~~

~~Netadonium 200 mg~~



41 - Spermic 100 mg

~~33,80 DH~~



51 - Lanoxil x 500 mg  
Total → 890,00

Dr. CHEBARBI LAILA  
Gynécologue - Obstétricienne  
Hôpital Med Sekkat

4180

PER 01 2 3

LOT : 069  
PER : OCT 2020  
PPV : 120 DH 70

LOT : 063-1  
PER : AVR 2020  
PPV : 61 DH 80

PPV : 39DH80  
PER : 05/22  
LOT : 1559

Laroxyl® 40 mg/ml

Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407

PPV : 4180  
LOT : 069  
PER : NOV 2019  
PPV : 120 DH 70

PPV : 4180  
LOT : 069  
PER : NOV 2019  
PPV : 120 DH 70

LOT : 058  
PER : NOV 2019  
PPV : 120 DH 70

LOT : 058  
PER : NOV 2019  
PPV : 120 DH 70

LOT : 065-2  
PER : JUN 2020  
PPV : 61 DH 80

PPV : 138,30 DH  
LOT : 585778  
PER : 02/20

PPV : 138,30 DH  
LOT : 608399  
PER : 09/20

INT  
LOT : 190183  
DLUO : 04/2022  
87,00DH