

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

## Informations 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.

## Education :

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

N° P19- 0044412

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

(21788)

Matricule : 0784 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LABIAD MBAREK

Date de naissance : 01/07/47

Adresse : HAY EL HANA, 21E 36, N° 124, CASA

Tél. : 0605143647 Total des frais engagés : 603,20 + 3,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/2020

Nom et prénom du malade : LABIAD MBAREK Age :

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 : CASA Le : 19/10/2020

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
01/11/20 SN	2444		300,-	Docteur Alain Cardio 06 83 35 84 Tel : 06 83 35 88 Assim-Hospt 22 35 84 Tel : 06 83 35 88 Urgence 06 22 25 88

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL JAOUI Dr. JAOUI Bouchra Rue 22 N° 1 Hay El Hana Casablanca TEL: 0522 39 91 24	10-01-20	603,20

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

### **Important :**

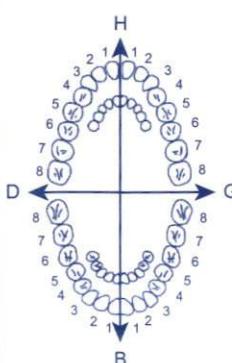
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

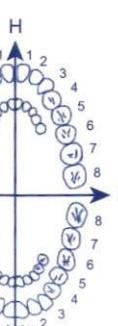
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



### **(Création, remont, adjonction)**

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> 	<p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		<b>B</b>		<p><b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
<b>H</b>																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
<b>D</b>	<b>G</b>																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
<b>B</b>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور احمد الـ  
اخصاصي في امراض القلب

الخصائص في أمراض القلب

خريج كلية الطب بليبيا

طبيب سابق بمستشفيات و

**SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC**  
169, Avenue Hassan 1<sup>e</sup>, 20070 Casablanca

SUN PHARMACEUTICALS MOF OCCO LLC  
169, Avenue Hassan 1<sup>er</sup>, 20070 Casablanca

**SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC**  
169, Avenue Hassan 1<sup>e</sup>, 20070 Casablanca

## *Cabinet de Consultations Explorations Cardio - Vasculaires*

**SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC**  
169, Avenue Hassan 1<sup>er</sup>, 20070 Casablanca

PPV : 150DH80

$$150,80 \times 4$$

Zabesar 300 1]. (3mz)

603,20



**PHARMACIE EL JAOUI**  
Dr. JAOUI Bouchra  
Rue 22 N° 15 Hay El Hana  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 91 24

99124  
Docteur Ahmed SETTI  
Cardiologue  
14 Rue de la République  
92350 Levallois-Perret  
Téléphone : 01 46 22 10 20

Océan Ahmed  
Cardiologue  
Résidence : 45 Rue de la Paix - 92110 Vélizy-Villacoublay  
Téléphone : 01 46 58 00 00  
Fax : 01 46 58 00 01  
E-mail : Océan.Ahmed@wanadoo.fr

Résidence Jassim Houssam - 175, Rue Boukraa - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Maroc ( Rue de la Foire Internationale - A côté de l'Hôpital Mly Youssef )  
Tel: 05 22 20 35 84/88 - Urgences : 0661 14 32 01 - E-mail : cardiosetti@yahoo.fr