

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

Maladie

Dentaire

(23292)  Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
10817

Société : R.A.M

Matricule :  
Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DRIOUICHE Yed EL Mehdi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 2386.0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/03/2020

Nom et prénom du malade : DRIOUICHE ABDERRAHMANE

Age : 41 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Bronchite, sinusite

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 : 01/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

01 MARS 2020

ACCUEIL

ACCUEIL SIEGE RAN

01/03/2020

## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| de-01-2018      | G G G             |                       |                                 | INP : 09/08/2018<br>Dr EL BOUHARI                              |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| EXÉCUTION DES CHANTIERISSES  |           |                       |
|--|-----------|-----------------------|
| Achat du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date      | Montant de la Facture |
| HACHIMATE EUN BOUSKOURA<br>Ouled Ben Ameur, DHAMNA<br>BOUSKOURA<br>Tel.: 0522 32 01 03 | 9/11/2020 | 238,60                |

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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:**

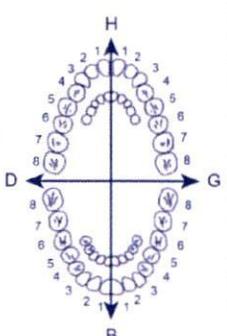
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



IBN ROCHD  
Casablanca  
الدار البيضاء

Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

بن رشد  
Centre Hosp  
19  
Hôpital  
Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 100mg/5ml  
gr fl 40 ml  
P.P.V : 119,30 DH  
مس  
6 118001 080052  
1953

المركز  
Ibn Rochd  
Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 100mg/5ml  
gr fl 40 ml  
P.P.V : 119,30 DH  
مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل  
6 118001 080052

Casablanca, le : de 21.2.

## ORDONNANCE

Dr. El BOUJJA RAJAA  
Docteur  
Médecin Psychiatre  
CHU Ibn Rochd Casablanca

PHARMACIE EL BEN BOUSKOURA  
Douded Ben Ameur, Dhamna  
BOJSKOURA  
Tel.: 0522 32 01 03

Dr. El BOUJJA RANIA

23 kg

119,30 DH

⇒ OROKEN (refauts) S.N (2 flacons)

238,60 p sur un mois 2x1; fl 8

DR. EL BOUJJA RAJAA  
Dr. El BOUJJA RAJAA