

## 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

- Reclamation : 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.

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

N° W19-509805

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4425	Société : RAM (23281)		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ECHCHAHAD
Nom & Prénom : ECHCHAHAD Abdellah			
Date de naissance : 14-06-1962			
Adresse : Settat Hay Kamal N° 63			
Tél. : 0661439622	Total des frais engagés : 276,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 08/01/2020			
Nom et prénom du malade : ECHCHAHAD Abdellah			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Goutte			
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 : Settat Le : 03/03/2020

Signature de l'adhérent(e) : 03/03/2020

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-509805	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 4425	Nom de l'adhérent(e) : Echchahad
Total des frais engagés : 276,00	Date de dépôt : 03/03/2020

## 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
Septembre + Octobre		25	25700.00	INP : 00000000000000000000000000000000

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	08/11/20	26,80.

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 de l'ODF.

O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

A diagram showing a 3x3 grid of circles. The central circle contains the letter 'B'. Arrows point from the number 1 to the circles at positions (2,1), (3,1), and (2,2). Arrows point from the number 2 to the circles at positions (1,2), (2,2), and (3,2). Arrows point from the number 3 to the circles at positions (1,1), (2,1), and (3,1).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. ELMOUHADAB AMAL

Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux

Ex médecin-chef du service de Cardiologie à l'hôpital Hassan II Settat

Spécialiste en Cardiologie

Maladie du Coeur Adultes, Pédiatriques et congénitaux

Maladies Vasculaires

Hypertension Artérielle / Epreuve d'effort

Echocardiographie Doppler Couleur Adultes

Pédiatriques et Congénitaux

Echodoppler Couleur Vasculaire

Holter ECG / Holter Tensionel



## الدكتورة المهدب أمال

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

أمراض القلب للكبار والأطفال والرضع

أمراض الشرايين والدولي (العروق)

ارتفاع الضغط الدموي

فحص القلب بالصدى والدوبليير بالألوان

للكبار والأطفال والرضع

فحص الشرايين (العروق) بالصدى والدوبليير بالألوان

تخطيط القلب المستمر وقياس الضغط المستمر

Settat, le

08/01/20

سطات، في :

ECHCHAHD AS de Malim.

Colchicine 1mg (P)  
1sp/1ml  
13.40x2

Settat 27/06/2019  
Tél: 05 23 72 32 26  
Fax: 05 23 72 32 26  
E-mail: Dr.Elmouhadab.Amal@gmail.com





Exp :  
PPV :  
N° LOT :

13,40



Exp :  
PPV :  
N° LOT :

13,40