

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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



N° W19-510535

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire <b>23988</b>	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autr
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : <b>11451</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>SOUSSI MENEBHI LAILA</b>		Date de naissance : <b>01/09/74</b>	
Adresse : <b>EN LIGNE Solidarité Bien-être</b>			
Tél. : <b>0661148546</b>	Total des frais engagés :		
Cachet du médecin : <b>Dr. Soussi CHAMRAH Médecine Générale Echographie Générale 13, Bd Marrakech - BÉNARÈS Tél.: 0522 33 65 90 06 MARS 2020</b>			
Date de consultation : <b>01/03/2020</b>	Age:		
Nom et prénom du malade : <b>SOUSSI MENEBHI LAILA</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint		
Nature de la maladie : <b>Rhinopharyngite</b>			
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 ne pas avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-510535

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : **11451**

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de l'accident :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/03/2020	C 21	150 DH	INP : 061206876

*Dr. Soumia GHAMRAOUI  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
19, Bd Marrakech - BERREGHD  
Tél.: 0522 33 85 99*

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Rami Hanane</i>	04/03/2020	89,140

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

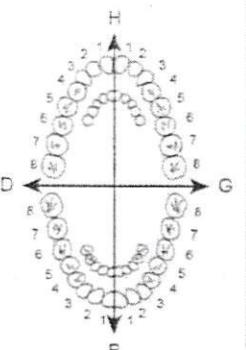
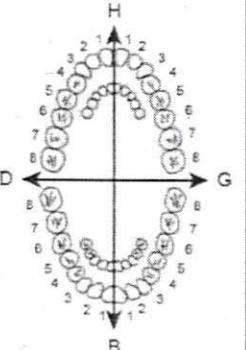
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser le dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant les codes à son école.

## Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1111111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Soumia Ghamraoui**

Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale  
Echographie Générale

الدكتورة سميرة الغمراوي

خريجة كلية الطب  
بالدار البيضاء

الطب العام  
الفحص بالصدى

Berrechid, le :

04/03/2020

برشيد.

SOUISSI MENEBAI Leïla

1) Romac 300 cp

u.9.0 1 cp J à midi; après

2) Berocca cp eff (P.M)

u.9.0 1 cp J ~~le matin,~~ après.

3) Méthespasmyl gel

1 gel x ~~J~~ 3 J, ant.

T = 89.4°

Dr. Soumia GHAMRAOUI  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
13, Bd. Marrakech - BERRECHID  
Tél.: 0522 33 65 99



**METEOSPASMYL® B** 20 caps molles  
Alvérine citrate 20 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

بیروکا

10 قفاص فواره

PPC: 49,00 DH  
LOT: CB000091  
EXP: 06/2022