

# 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>261145</b>		
Matricule : <b>7559</b>	Société : <b>RAM</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>ACHEHBOUNI Nadia</b>		
Date de naissance : <b>08/11/1964</b>		
Adresse : <b>Résidence Alwiam, immeuble 12, Apt 5 Oulfa, Casablanca</b>		
Tél. : <b>9101</b>	Total des frais engagés : <b>150 + 287,55</b>	
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : <b>Dr. Imrane MOUATASSIM MEDECIN AGREE par le Ministère de la Santé Visite Médicale - Permis de conduire 10, BD Oued Sbaou Oulfa-Casablanca Tél. 05 27 40 33 27</b>		
Date de consultation : <b>04/03/2020</b>		
Nom et prénom du malade : <b>Mme ACHÉHBOUNI Nadia</b> Age: _____		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <b>Bronchite - pharyngite</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'atelier médical conseil de la Mutuelle.		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.		
Fait à : <b>Casablanca</b> Le : <b>05/03/2020</b>		
Signature de l'adhérent(e) : <b>ACCUEIL SIEGE RAM</b>		

## 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
04.03. 2020	C		150.00	INP : 91168674  Dr. Imrane MOUATASSIM MEDECIN AGREÉ Ministère de la Santé La conduire La planca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/03/2020	287,50

INPE 092030949

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

## 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 d

SOINS DENTAIRES	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"/>															
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B	G																		
		<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr. Imrane MOUATASSIM

OMNIPRATICIEN

DIPLOME UNIVERSITAIRE:

ECHOGRAPHIE GENERALE

MEDECINE D'URGENCE

EXPERTISE MEDICALE

NUTRITION THERAPEUTIQUE ET METABOLIQUE

SUIVIE HTA ET DIABETE



الدكتور عمران معتصم

الطب العام

بيان جامعي:

الفحص بالصدري

الطب الاستعجالي

الخبرة الطبية

التغذية والحمية

تتبع امراض الضغط والسكري

Casablanca, le..... 04 ..... 03 ..... 2020 ..... الدار البيضاء، في

1<sup>me</sup> ACHEH BOUNE Nadia

42,00

3/ predni zonaf

60,00

2/ AZ 200 mg

59,00

3/ Enroux 300 mg

16,00

4/ Andolc 1

55,00

5/ d2

Bromylase 300 mg

287,15

PHARMACIE  
252-Bd. Tel. 05 22 90 33 27  
Casablanca

UT. AV:

PPV:

42,00

11011  
04/22  
42,00 DH

SV

3cpr/j

le matin x 3 fois

apres le

x 3 fois

apres repas

SV

1cpr/j

0 - 2 - 0

SV

1cpr/j

3/

SV

1cpr/j

3/

SV

1cpr/j

3/

AZ® 500 mg  
Azithromycine  
Boîte de 3 comprimés

PPV: 60,00 DH  
6 118000 190097

Comprimé effervescent 10x100  
PV/DH: 16,00  
lot N°: 002819  
12/20  
A ut.:

SV

1cpr/j

3/

SV

1cpr/j

3/

SV

1cpr/j

3/

SV

1cpr/j

3/

Dr. Imrane MOUATASSIM  
MEDECIN AGREE  
par le Ministere de la Santé  
et de la Medecine - Permis de conduire  
710 Bd Oued Sebou, Casablanca  
Tel 05 22 90 33 27

Contrôle : .....  
 Consultation: .....

Examen Complémentaire: .....  
 Autres

INPE: 91168674

IF: 15201569

ICE: 001681749000029

CNSS: 4734134

710, Bd Oued Sabou, Angle terminus 35, EL ALIA — Tél: 05 22 90 33 27 — Email: drimrane@gmail.com