

## 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) <b>26716</b>			
Matricule :	432	Société :	DIYARTE
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	11
Nom & Prénom : <b>OUARTI SUMOSTAFFA</b>			
Date de naissance : <b>1-1-1930</b>			
Adresse : <b>09 Rue Al Attar El Hachem Casablanca</b>			
Téléphone :	0661144243	Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Professeur El Moutawakel Chirurgien Urologue</b> 76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 36 36			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <b>Mr OUARTI SUMOSTAFFA</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : **El Jadida** Le : **16/13/2020**  
Signature de l'adhérent(e) : **El Jadida 16/13/2020**

## **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
15 Mars 2020	C 3	13000	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 Professeur H. Benmoumen - Urologue Casablanca - Maroc

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/07/2020	+ 878,80 PHARMACIE Mme. Sophie SOUAD établie au 16, rue Nationale 92350 Levallois-Perret 2020-07-16

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des honoraires
	16/03/20		294,00 \$

AUXILIAIRES MÉDICAUX

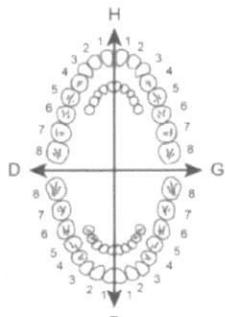
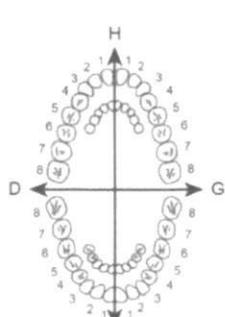
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur EL MRINI M

## Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

PPV  
LOT  
PIER  
98,80

Casablanca, le 16 MAR 2020

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلية والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلية والمسالك البولية

43,20

45,20 درهما 45,20 درهما  
Arcoxia 300 mg  
Tadil 300 mg  
Tadalafil 20 mg  
Tadalafil 20 mg

TADALAFIL 20 mg

98,00 x 3 = 294,00  
294,00 + 410,00 = 704,00

PHARMACIE DE L'OPERA  
Mme Souad AMOR  
82, Rue Souad DE L'OPERA  
Casablanca - Tel: 0522 23 11 72  
Télé: 0522 23 11 72  
Fax: 0522 23 11 72

PHARMACIE DE L'OPEN  
Mme Souad AMOR  
82, Rue Souad AMOR  
Casablanca - Tel: 0522 23 11 72

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V: 98DH00  
6 118000 062257

Arcoxia 90 mg  
14 comprimés  
P.P.V: 268,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 453/16DMP/21/INTO  
118001 160051  
70042493 / 120916-1

Arcoxia 90 mg  
14 comprimés  
P.P.V: 268,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 453/16DMP/21/INTO  
118001 160051  
70042493 / 120916-1

Arcoxia 90 mg  
14 comprimés  
P.P.V: 268,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 453/16DMP/21/INTO  
118001 160051  
70042493 / 120916-1

Arcoxia 90 mg  
14 comprimés  
P.P.V: 268,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 453/16DMP/21/INTO  
118001 160051  
70042493 / 120916-1

men, 3ème étage, Casablanca  
36 36 - Fax : 05 22 25 88 80  
tél: 06 06 99 39 20

ARMACIE DE L'OPERA  
Mme. Souad AMOR  
2, Rue Mohamed Bahi  
75, Bd. Abdelmaumen - Casablanca  
Tél: 0522 23 11 72  
Fax: 0522 23 11 72  
E-mail: m elmriini@hotmail.com

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V: 98DH00  
LOT : 19E003V  
PER : 04 2022

6 118000 062257

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V: 98DH00  
6 118000 062257

76

شارع عبد العزيز طنطاوي الثالث الارض