

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ééducation :

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

- Réclamation : 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 068226

Optique ND: 96905 Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 549

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAHRO MOHAMMED

Date de naissance : 23.05.1986

Adresse : 13 Rue Alhatimi Côte Phénan

CASA ANEA

Tél. 0633200680

Total des frais engagés : 374,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur TAHNOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70, Rue de Normandie Maârif  
Casablanca - Tél: 05 22 25 59 32

Date de consultation : 02.05.2020

Nom et prénom du malade : 1/2 Nahro Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

arthralgie + épidémiologie

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 : Casa

Le : 14/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Nahro

## 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
02/05/2023	Consultation	01	200,00	Dr. YOUSSEF BRAHIM Médecin Général N° de N° de Sécurité Sociale : 14.15.22.23.59.2

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>LA PHARMACIE DES SAINTS</b> <b>Normandie et</b> <b>Abidjan - Té</b> <b>ribanca - Té</b>	21/5/20	22442

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

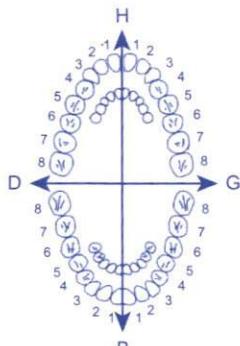
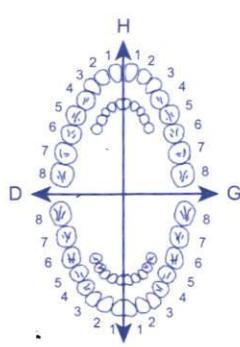
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td></td><td></td></tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
DATE DU DEVIS																
DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

PPV:  
EXP:  
Lot N°:

47,80

de la Faculté  
de Bordeaux  
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 25 59 32

n 32,100

الدكتور إبراهيم  
خريج كلية الطب  
الطب العام

د. المعاريف

05 22 25 59 32

DIFAL®  
Diclofenac sodique 100 mg

Boîte de 10 Suppositoires

P.P.V. : 32,40 DH

6 118000 190363

Casablanca, le .....

02/5/2020

ساعة في

Mr Nehro Med

32,40 - Difal 100  
1/1/01

47,40 - Dazene  
1/2/3/1

32,00 - Clartec 10

45,20 - Mylosol 100  
1/1/ le 8/

67,00 - Flupred 500  
1/2/2/

Docteur TAGNAOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70, Rue de Normandie Maârif  
Casablanca - Tél. 05 22 25 59 32

Systral® Crème

PPV 16DH60  
EXP 01/2025  
LOT 90062 1

LOT : 7243  
UT: AV 12-21  
P.P.V : 6 DH 00

224,40

Pharmacie des Familles Angèle Rue  
LAMRANI MERYEM  
Boulevard de l'Amam Tabarani  
Tél. 0522 25 05 60