

## 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

- 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.

N° W19-499498

MR 31726

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11048	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAFZOUI Charifa			
Date de naissance : 22/02/1985			
Adresse : Hay Karam Rue 02 N°60 Bin Sba			
Tél. : 0643146805 Total des frais engagés : 486,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 25 JUIN 2020			
Date de consultation : 23/06/2020			
Nom et prénom du malade : MAFZOUI Charifa			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie chronique <input type="checkbox"/> Maladie temporaire			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL			
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 : 25 JUN 2020 Le : 24/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
23/04/2020	CS	1	300.00	INP : 091126441 Dr Abdelhafid SEDDOUNI NEUROCHIRURGEN Add 1000 1st Quartier Al Karam, 79 Ph. Al Bianca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/06/2020	186,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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		
		$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553 \\  \hline  G & \\  B &   \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION					

Dr. *Abdelhafid SEDDIKI*

NEUROCHIRURGIEN

Maladies et Chirurgie du Cerveau Crâne,  
Colonne vertébrale (Enfant et Adulte)

Ex. Neurochirurgien Attaché  
à l'Hôpital des Spécialités de Rabat  
Ancien Interne des Hôpitaux de France  
Electro-encephalographie



الدكتور عبد الحفيظ الصديقي

أمراض وجراحة الدماغ، الجمجمة،  
العمود الفقري، (الطفل والبالغ)

طبيب ملحق سابق بمستشفى  
الاختصاصات بالرباط

طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا

الخطيط الكهربائي للدماغ

Casablanca, le:

23/04/2020

الدار البيضاء، في:

Mme Marzouki Chafaa

93,00 x 2

186,00

Dr Anafranil 75

740 mg 160



Dr *Abdelhafid SEDDIKI*  
NEUROCHIRURGIEN  
3, Rue Addi El Karam Quartier  
des Hôpitaux, Rés. Al Karam,  
RDC - Casablanca  
Tél: 05 22 48 38 79



6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH

6 118001 03007 1

○ Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH

حي المستشفيات اقامة الكرم II, 3 زنقة كالافون شقة 4, الطابق السفلي ، الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 48 38 79

Quartier des hôpitaux, Rés. Al Karam II, 3 rue Calavon, Appt 4 (RDC), Casablanca - Tél.: 05 22 48 38 79