

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.



éclarati~~on~~ de Maladie

N° W19-563740

37373

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'att. médecin 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 :

Le : .....

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-563740

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

## 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° W19-451588

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
**13186**

Matricule :

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

**EL OUAHABI**

**Mohamed Amine**

Date de naissance :

**05/11/1887**

Adresse :

**Villa n° 184 lot EL DANSOUD Debbas**

Tél. :

**66 76 14 38 82**

Total des frais engagés :

**1094,40**

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



**19 AOUT 2020**

Date de consultation :

**05/08/2020**

Nom et prénom du malade :

**EL OUAHABI**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Dans le mal**

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 :

**TEKNIA**

Le : **08 / 08 / 2020**

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
01-05-2020			200,00	INP : 4611111111111111

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

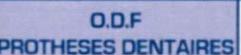
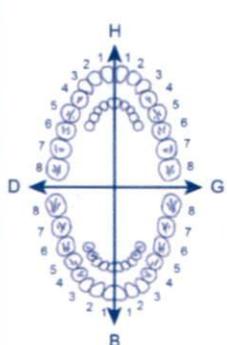
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

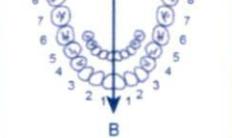
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

DATE DE  
L'EXECUTION

**Docteur Fadila MORJANE**  
PÉDIATRE



الدكتورة فاضلة مرجان

اختصاصية في امراض الأطفال والرضع وحديثي الولادة  
خريجة كلية الطب باليمن  
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى الأطفال باليمن

Néonatalogie et réanimation néonatale  
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat  
Ex Médecin résidente à l'hôpital d'enfants de Rabat

Témara le, ..... 04-05-2020

El Duahdani Yahya

214,00 Ⓛ - Pretenor.

**PREVENAR 13 SUSP INJ**  
**P.P.V : 814DH00**  
6 118001171057  
pfizer S.A.  
L'authorisation de commercialisation a été délivrée par l'Autorité de la Santé du Québec le 12 juillet 2010.

56,00 ② - Eunice B

95 (5) — Semifine 2.5 ml.

~~ARMADA~~ - ~~ADMIRALITET~~  
POLICIA  
LADRH - Polizia  
Vadadim - Imm. B1  
6 - 1981 Temara  
- 1981 06 02  
NIRE : 102012184

LOT UFA18001  
PER 01/2021 PPV 5G ID

~~Project Academic Curriculum Module  
Tema - Tel: 05-3610193384800040 - H: 91279028  
Prof. Academique Irm Bl Mng n°1  
Drl-Drlathdrn Mouna~~

Dr. MORJANE Radila  
Pediatre  
Lot. Witau N° 10 Temara 10000 Casablanca Appl.3  
Téléphone 22 675

شقة 3 (الطابق الأول) شارع عبد الكريم الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارا.  
Appt 3 (1<sup>er</sup> étage), Avenue Abdelkrim Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara.  
06 61 29 00 67. 05 37 62 75 75. docteurmorjane@gmail.com

LOCAPRED 0,1%  
 CREME T15G  
 P.E.P.V : 16DH60  
 PER. : 10/2021  
 LOT : 19E007  
 6 118000 010951

16,60 (5) -

Locapred

(visage)

1 x 1/j

x 1 sem.

37,80 (6) -

efficort lipoph

(corps)

1 x 1/j

x 1 sem.

EFFICORT LIPOPHILE 0,127%  
 Tube de 30 g  
 Non remboursé par AMO



6 118000 020431

x 1 sem.

(sur rougeurs)

LOT : 0068  
 EXP : AUT 2022  
 PPV : 37,80 DH

(7)

Sulfur 15CH

1 dose (ou 10 gr)

dans 7 cas d'eau

→ 1 cas 1x1j matin

(8)

Histaminic 15CH

x 2 mois

5g 2 x 1/j

x 2 mois

g 24/j/ko

PHARMACIE ATTADAMOUNE  
 Dr. LADRHAM Mounia

Projet Attadamounne Imm. B1  
 Mag. N° 1, Al Wifak - Tamara  
 Tél : 05 37 62 06 62  
 INPE : 102012184

DR. MORJANE Fadila  
 Podiatre  
 Lot. Wifak N° 3124 Tamara  
 Tel : 05 37 62 05 75