

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE AVANT DE FAIRE SA DEMANDE DE REMBOURSEMENT

## 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1704

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AMRI

BOUZGAOUI

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : LOT TADAMOUNE RG N 38 OUAFI CASABLANCA

Tél. : 06 62 63 61 48 Total des frais engagés : 876,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**SAIDI MAFRECH**  
Médecin Intérieur  
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Date de consultation : 04/09/20

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  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 : CASA Le : 04/09/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attenant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 04/09/20        | ✓                 | ✓                     | gratuit                         | CHU. Ibn Rochd Casablanca<br>Médecin Interne<br>SAIDI MARWEN  |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Dr Naguib Radi<br>334, Bd Oued Daoura<br>Oulfa Casablanca<br>Tél : 05 20 01 25 95 | 04/09/20 | 876,50                |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# 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

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées   | Nature des Soins                   | Coefficient        | Coefficient des Travaux |
|---------------------------|--|------------------------------------|--------------------|-------------------------|
|                           |  |                                    |                    | MONTANTS DES SOINS      |
|                           |  |                                    |                    | DEBUT D'EXECUTION       |
|                           |  |                                    |                    | FIN D'EXECUTION         |
|                           |  |                                    |                    | Coefficient des Travaux |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                                    |                    | MONTANTS DES SOINS      |
|                           | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411  | D 21433552<br>00000000<br>11433553 | G<br>00000000<br>B | DATE DU DEVIS           |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                                    |                    | DATE DE L'EXECUTION     |
|                           |  |                                    |                    |                         |
|                           |  |                                    |                    |                         |
|                           |  |                                    |                    |                         |
|                           |  |                                    |                    |                         |
|                           |  |                                    |                    |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le :

SAIDI Marwenn  
Medecin Interniste  
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

## Ordonnance

Nom/Prénom EL AMRI Bouazzzaoui Sexe : H  F

Age : 1/1/52 (68 ans -

301 x 2 =

602,00 1/ Januvia 50 mg  
NS 1C le matin

6 " 118001 " 1604406 " 118001 " 160440 " JANUVIA® 50 mg  
Boîte de 28 Comprimés pelliculés  
Distribué par MSD Maroc  
P.P.V : 301,00 DH

99,50 2/ Metformine Win 1000 mg

METFORMINE WIN 1000MG CP PEL 830 O METFORMINE WIN 1000MG CP PEL 830 O METFORMINE WIN 1000MG CP PEL 830 O  
P.P.V : 19DH90 P.P.V : 19DH90 P.P.V : 19DH90  
METFORMINE WIN 1000MG CP PEL 830 O  
P.P.V : 19DH90  
METFORMINE WIN CP PEL 830  
P.P.V : 19DH90

99,00 3/ Biogaze  
pensement créatif sans -

PPC : 99DH00

PER : 01/23

LOT : J258

76,00 4/ Biafine pommade  
Applicateur 2f/jour

76,00 DHS  
Prix Public de Vente  
CP  
Maroc

876,50

PHARMACIE NAGUIB  
Dr Naguib Nadia  
334, Bd Cheikh Daouda  
Oujda - Casablanca  
Tél. : 05 20 00 25 95

