

## 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

- 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° W19-571426

46054

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8963

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Aissaoui

OTMANE

Date de naissance : 04/01/71

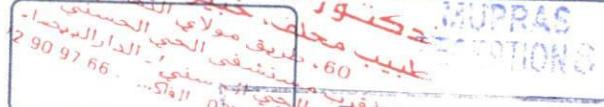
Adresse : Hay Layounie 11 Rue 35 N° 66

Hay Layounie 11 Rue 35 N° 66

Tél. : 0661470966 Total des frais engagés : 459 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Age : 44

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 : Casablanca

Le : 11/11/20

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes   |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16 SEP 2020     | C                | 2000                  | 290.00                          | INP : 00000000000000000000000000000000<br>Dr TIR abdelaziz<br>PHARMACIE POLYCLINIQUE<br>68, Rte. Mar Hammam - Hay Hassanni<br>Tél: 022 90.29.67 - CASA |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date      | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| PHARMACIE POLYCLINIQUE<br>Dr TIR abdelaziz<br>68, Rte. Mar Hammam - Hay Hassanni<br>Tél: 022 90.29.67 - CASA | 16.9.2020 | 290.00                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

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

| SOINS DENTAIRES                                |          | Traitées   | Soins | Coefficients |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |                         |
|--|----------|--|-------|--------------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|--|--|-------------------------|
|  |          |  |       |              | COEFFICIENT DES TRAVAUX                           |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |                         |
|  |          |  |       |              | MONTANTS DES SOINS                                |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |                         |
|  |          |  |       |              | DEBUT D'EXECUTION                                 |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |                         |
|  |          |  |       |              | FIN D'EXECUTION                                   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES                      |          | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |       |              |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |                         |
|  |          | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |       |              | H   | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 | B |  |  | Coefficient DES TRAVAUX |
| H  | 25533412 | 21433552   |       |              |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |                         |
| D  | 00000000 | 00000000   |       |              |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |                         |
|  | 35533411 | 11433553   |       |              |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |                         |
| B  |          |  |       |              |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |                         |
|  |          | <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |       |              | MONTANTS DES SOINS                                |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |                         |
|  |          |  |       |              | DATE DU DEVIS                                     |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |                         |
|  |          |  |       |              | DATE DE L'EXECUTION                               |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |                         |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |          |  |       |              | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |                         |

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلق

دوري المحاجة

الدار البيضاء، المغرب

SAAD

Dr. GZOULI

Casablanca, le :

16 SEP 2020

الدار البيضاء، في :

12.80  
LOT : 20002  
PER : 01/22  
PPV : 122DH80

ESAC

67.14

12.80 Mouduur sur

37.80 Debuidat cp'



37.80  
P.P.V

91 K 3h

AN

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 122DH80  
EXP 05/2023  
LOT 04044 4

Neofortan 160

235. 12.80  
PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr TIR Abdellatif  
68, Rue Mly Thami - Hay Hassani  
Tél: 022.90.21.67 - CASA

دكتور سعيد الكزوولي  
طبيب محلق  
دوري المحاجة  
الدار البيضاء، المغرب  
رقم مساعدة: 60  
رقم مساعدة: 91  
ملاعنة: 05 22.90.70.88  
الهاتف: 05 22.90.70.88

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail: drgzsa@gmail.com