

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° P19- 0040632

ND 51630

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9057 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SAAOWI JAWAD

Date de naissance : 22/06/53

Adresse : Résidence Firdaous / CASA

Tél. : 06 61 33 8761 Total des frais engagés : 1035, 2 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nouama ZEROUALI  
Psychiatre.  
11, Rue Allal Ben Abdellah  
1er Etage  
Résidence Kenza  
Quartier des Hôpitaux  
Casablanca  
Tél. : 05 22 86 17 31

Date de consultation : 08/10/2020

Nom et prénom du malade : H. SAAOWI JAWAD

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affectation psychiatrique

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 : 10/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVÉ 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
08/10/2020	C/psy		300 Hs	Dr. Nozanna 11223344556677 11, Rue de la République Résidence de la Paix Tal 05 22 86 11

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE SIDI ABDELLAH MANE</b> <b>SKM</b> 15 - 16, Rue Kergomar Dakar Ambar - Casablanca Télé: 022 79 79 01	08/10/2020	685,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

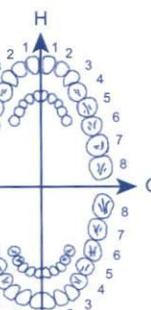
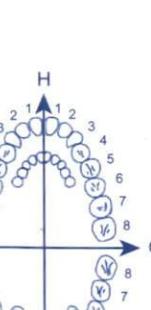
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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

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 style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> 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



Dr Nouama ZEROUALI

## د. نعمة الزروالي

## Psychiatre

## Médecin spécialiste de la santé mentale

## Psychothérapeute

## Thérapie cognitivo-comportementale

## Addictologue

## طبيعة أخصائة

في الامراض النفسية و العقلية

## العلاج النفسي

## العلاج السلوكي المعرفي

الإيمان

**Casablanca Le : .....**

27.10.2020

Mr. SHASHI SACHAN

94.03  
Veloxor 3A, ~~1st~~ <sup>(S)</sup> gel 3403  
01 gel lemof (Hau)  
per 02 pd lemof <sup>(S)</sup>

1790 pairs  
2 Velekta flying light  $\frac{3}{4}$  moon

29.10.2018 Old man ~~85~~ <sup>85</sup> ~~hypoxia 10 years~~ ~~3405~~ ~~68520~~

122023  
PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
SKIKEDJ Roukia  
1a Rue Kabbour  
BP 22 79 780 Ambalma  
Tunisie

### Durée de traitement :

Tél : 05 33 86 17 31

Email : dr.pzeranali@gmail.com

11 زنقة ابو حسن عسكري (الافوزي سالقا) بقامة كنزي الطابق 1 الشقة 1 الدار البيضاء

11 Rue Abou Hassan Askari (ex rue Lavoisier) Résidence Kenzi 1er étage Appart 1

RESIDENCE KELIZI, 1er étage, App. 1,  
Quartier des Hôpitaux, Casablanca

VELAXOR® LP 75 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250677

Lysarxia® 10 mg

40 comprimés



6 118000 250289