

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR GARDER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **Biologie 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.

## **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.

## **taire :**

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.

## **adie 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

ND: 5215

## **Déclaration de Maladie : N° S19-0001720**

### **Maladie**

### **Dentaire**

### **Optique**

### **Autres**

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

Matricule : 00218 Société : RAM RETRAISSE  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : JENNARÉ MARION Date de naissance : 12/06/1949  
 Adresse : 17A RUE TUFUKI 18 DEC 2020  
 Tél. : 2616152282 Total des frais engagés : 425,- Dhs

#### **Cadre réservé au Médecin**

**Dr. B. EL HAMDAOUI**  
Rhumatologue  
Angle Av. Hassan II et Med VI, Rés. Palmeraie,  
Imme "A", App 5 - Témara • Centre  
Tél: 05 37 74 71 84 • INPE: 10163269

#### **Cachet du médecin :**

Date de consultation : 15 DEC. 2020

Nom et prénom du malade : Jennaré Marion Age : 71ans

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie : Gonarthrose

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 : Témara Le : 15 DEC 2020

Signature de l'adhérent(e) : Jennaré Marion

*[Signature]*

**ACCUEIL**  
**15 DEC 2020**

**MUPRAS**  
**15 DEC 2020**

### 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
15 DEC 2020	CS	01	300 Dhs	DR. B. EL HACHEM Kabylie 11 et Rue El Ras Palmeraie Ange Lataif 27 74 21 84 • INPE: 101163269

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AMRANI M'hamed Pharmacie SAAD 44, Bis Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex. Jerrada) - Oasis - Casablanca Tél: 05 22 25 34 85	15.12.20.	SAMRANI M'hamed Pharmacie SAAD 44, Bis Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex. Jerrada) - Oasis - Casablanca Tél: 05 22 25 34 85 - INPE: 092051283 125.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412   21433552 00000000   00000000	D		G
	B	00000000   00000000 35533411   11433553			
DATE DU DEVIS	[Création, remont, adjonction] 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'EX

**Dr. Btissam EL HAMDAOUI**

**RHUMATOLOGUE**

Echographie de L'appareil Locomoteur  
Diplômée De La Faculté De Médecine  
De Rabat  
Ancienne Attachée À L'hôpital  
El Ayachi - Salé



**د. ابتسام الحمداوي**

أخصائية أمراض الركبة (الرجل والمرأة)

أمراض العظام والمفاصل

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقاً بمستشفى العيashi بسلا



15 DEC 2020

Jenniati Malika.

1560x2 S.V.  
111,00x2

- ① Doliprane 1000mg  
180x3/j α 7/j
- ② Ketum Gel 100g x 2/j α 7/j
- ③ Amoxil 500mg. 180x3/j α 8/j
- ④ Hyalone 1 boîte

12500

ملتقى شارع العسن II و محمد VI إقامة النخيل عماره "A" شقة 5 تمارة • المرسى  
Angle Av. Hassan II et Med VI Res. Palmeraie, Imm "A", Appt 5 Témara • Centre  
Tél.: 0537 747 184 • E-mail : hamd003@yahoo.fr • GSM Pour RDV : 0662 896 968  
ICE: 002245558000075 • INPE: 101163269

**Dr. B. EL HAMDAOUI**  
Rhumatologue  
Angle Av. Hassan II et Med VI. Res. Palmeraie,  
Immeuble "A", Appt 5 • Témara • Centre  
Tel: 0537 747 184 • INPE: 101163269

PPV 14DH40  
PER 05/23  
LOT 1289

14140

PPV:14DH00  
PER:03/23  
LOT:J888

PPV 15DH80  
PER 05/23  
LOT J1552

15,80

15,80  
PPV 15DH80  
PER 05/23  
LOT J1552

PPV:65,40 DH  
LOT:608403  
PER:01/2