

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-430820

52517



Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 03021 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : BELHAJ EL Houssem

Date de naissance : 01/01/1978

Adresse : 229,9 Dhs

Tél. : 06 258 87 540 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/11/2012

Nom et prénom du malade : BELHAJ EL Houssem

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Allal Ben Abdellah

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

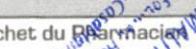
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/12/2021

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 16/01/2022                     | 110               | 150                   |                                 | IN CHEFFI<br>réaliste<br>sois en lace<br>Berroussi<br>1351     |
|                                |                   |                       | INP : 091040824                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |   |
|---|----------|---|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | DR HABIB<br>Médecin<br>Rue 23<br>Mosquée<br>CASABLANCA - Tel. 02<br>N° 69 Hala<br>Monsieur Zahra<br>Montant de la Facture |
|  | 16/11/20 | 379,30  |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |

## BELEVE 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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>  |
|--|---|------------------|-------------|---|
|   |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/><br>DEBUT D'EXECUTION<br><input type="text"/><br>FIN D'EXECUTION<br><input type="text"/> |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |
| <b>OD.F PROTHESES DENTAIRES</b>  |   |                  |             |   |
|  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/><br>DATE DU DEVIS<br><input type="text"/><br>DATE DE L'EXECUTION<br><input type="text"/> |
|  | <b>H</b>  |                  |             |   |
|  | 25533412  | 21433552         |             |   |
|  | 00000000  | 00000000         |             |   |
|  | <b>D</b>  | <b>G</b>         |             |   |
|  | 00000000  | 00000000         |             |   |
|  | 35533411  | 11433553         |             |   |
|  | <b>B</b>  |                  |             |   |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique: nécessaire à la profession |                  |             |   |
|  |   |                  |             |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hassan CHEFFI

Médecine Générale

الشفي

PPU: 126,30 DH  
LOT: 444481  
PER: 11/21

Diplômé en Echographie  
de l'Université de Montpellier

بنبل

Casablanca, le

16/11/1

LOT N°:

UT. AV:

P.P.V. (DH): 20,00

LOT N°:

UT. AV:

P.P.V. (DH): 20,00

LOT: P-10-2  
PER: 09-2022  
PPV: 106,80DH

126,30

Aufmentu 1S

1S X 2

LOT: P-10-2  
PER: 09-2022  
PPV: 106,80DH

20,00 x 2 = 40,00

1S X 2

106,30 Triaxar 1S

x2

319,90

110,50 54

أمام مسجد للافاطمة الزهراء (سيدي البرنوصي) - الدار البيضاء

Rue 23 N° 69 - Hay El Qods (en face Mosquée Fatima Zahra), Sidi Bernoussi - Casablanca

05 22 73 78 51: الهاتف

Dr. HASSAN CHEFFI  
Médecin Généraliste  
Rue 23, Hay El Qods en face  
Mosquée Fatima Zahra, Sidi Bernoussi  
Casablanca, Tel: 05 22 73 78 51  
زنقة 23، حي القدس، مسجد فاطمة الزهراء، سيدى بنو عوسي،  
الدار البيضاء، تل: 05 22 73 78 51