

## 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 de caractère personnel.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-784914

163070

### **Maladie**

### **Dentaire**

### **Optique**

### **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

0933

Société :

RAN

### **Actif**

### **Pensionné(e)**

### **Autre :**

Nom & Prénom :

FARIS LOVONA

Date de naissance :

08/11/1965

Adresse :

74 les villas Mufa 3 Dan Bouazza

Tél. :

0661665506 Total des frais engagés : 328,70 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFESS  
8, Rue Allal Ben Abdellah - Générale - Echographie  
M.R.E.S. Casablanca - 6ème Etage  
Tél. : 022.98.80.71 / 065.48.17.27

Date de consultation :

19/08/2011

Nom et prénom du malade :

FARIS LOVONA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

E déphysio

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

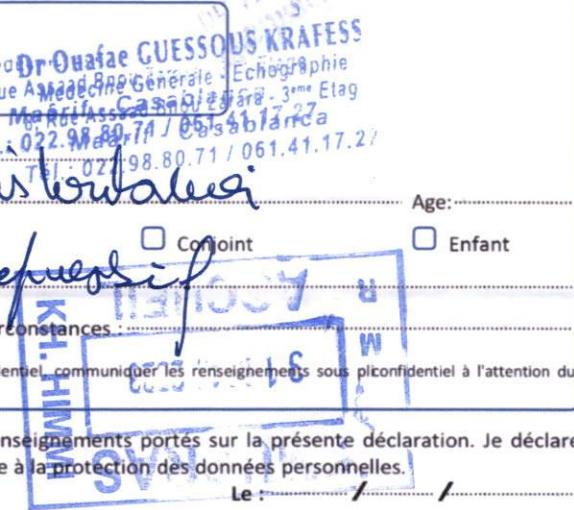
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 19/08/2011

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

## **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
27.5.23	61		200.00	INP: [REDACTED] Dr Guérin [Signature] Médecin Général - Echographie 8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3 <sup>e</sup> Etage Maârif - Casablanca tel.: 022.98.80.71 / 051.41.17.21

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OLALD ZIRRAR PHARMACIE HACHIM SOENEZZE Villeneuve d'Ascq 59650 Tél. 03 89 08 06 22	22/05/23	128,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$\begin{array}{c c}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\ \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}$ <p><b>H</b>                    <b>G</b></p> <p><b>B</b></p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ouafae Guessous Krafft  
 Cabinet de Médecine Générale  
 Echographie  
 Expertise médicale - Diabétoologie  
 Psychologie médicale



الدكتورة وفافه جوسوس كرافتس

عيادة الطب العام  
 الفحص بالصدى  
 الخبرة الطبية - مرض السكري  
 التخخيص النفسي الطبي

الدار البيضاء، المغرب  
 Casablanca, le 27-05-2023

*Fais bonnes*

A shifouil 30 10  
 lep de 8m

Nazizou lew 0  
 57.30 lep de 20 *(S)*

A d'huaz 1. w  
 lep de 8m *(S)*  
 1/2 cp 1 x 15 - pris 20d

T: 128170



Dr Ouafae GUESSOUS KRAFFT  
 Médecine Générale - Echographie  
 8, Rue Assaad Bnou Zarara . 3<sup>e</sup> Etage  
 Maârif - Casablanca  
 Tél.: 022.98.80.71 / 051.41.17.27