

# 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

- 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.

**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



## Déclaration de Maladie

M22- 0048990

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03109 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHERQUAOUI Mohammed

Date de naissance : 01-01-1950

Adresse : 19, Rue ABOU GHALEB CHANI CASABLANCA

Tél. : 06.61.30.72.44 Total des frais engagés : 1317,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/10/2023

Nom et prénom du malade : ALAMI Rachid Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : douleur

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 07/10/2023

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 Forfait des Actes
06/07/23	Kc2 inf gg	300 DH		
06/07/23	Kc20 inf gg	300 DH		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la facture
Mme. Amal EL QABBAJ Docteur en Pharmacie PHARMACIE DANTON 47 Boulevard Bir Anzarane Tél.: 0222 25 09 78 - Casablanca	06/07/23	217,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

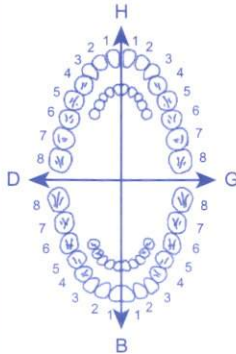
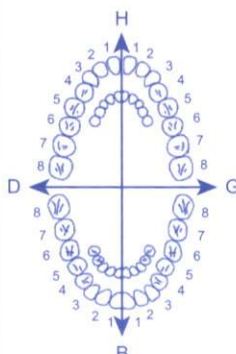
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N. LATIF - IDRISSE

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France  
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CHU de Nantes  
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes  
Chirurgie Traumatologique et Orthopédie Adulte et Pédiatrique  
Membre de la Société Française de Chirurgie  
Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين  
جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنانت  
رئيس قسم و جراح بمستشفيات نانت  
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le .....  
Mr.(Mme) : ..... السيد (ة) :

DISTRIBUE PAR  
LES LABORATOIRES  
AFRIC-PHAR  
PVP :340DH00

DISTRIBUE PAR  
LES LABORATOIRES  
AFRIC-PHAR  
PVP :340DH00

HC3645  
11/2027  
P.P.V:37DH70

3ho<sup>co</sup> - Co-ou SV  
x L  
37.7h - Ap Natl Bg SV  
T: 7.17.7h  
DR. N. LATIF IDRISSE  
TRAUMATO-ORTHOPÉDISTE  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tél.: 05 22 25 25 16  
Fax : 05 22 25 25 07

Mme. Amal EL QABBAJ BAHRI  
Docteur en Pharmacie  
PHARMACIE DANTON  
17, Boulevard Bir Anzarane  
Tél.: 0522 25 09 78 - Casablanca

**N. LATIF IDRISSE**  
**75 bd massira Al khadra**  
**Casablanca**

**NOM : EL ALAMI**

**PRENOM :RACHIDA**

<b>date</b>	<b>libelle</b>	<b>montant</b>
<b>06/07/2023</b>	<b>Kc20 infiltration du genou droit</b>	<b>300.00</b>
	<b>Kc20 infiltration du genou Gauche</b>	<b>300.00</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>600.00</b>

**Dr. N. LATIF IDRISSE**  
**TRAUMATO - ORTHOPEDISTE**  
**75, Boulevard Massira Al Khadra**  
**Tél. : 05 22 25 25 16**  
**Fax : 05 22 25 25 07**