

# 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° W21-769514

163600

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03682

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : SARAOU RATHAFI

Le MAWS

Date de naissance : 08/08/62

Adresse : 08 Le T HMD YAFI SORNO

Tél. : 066106539

Total des frais engagés : 235

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/07/23

Nom et prénom du malade : Benjelloun Nasser Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Parent  Enfant

Nature de la maladie : Affectue SBAI Bouchi Echographie générale MEDECINE générale 12, Bd Al Khanda, Hay My Abdellah, Casablanca - Tel: +212 52 50 72 24

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Tel: 05 22 50 72 24

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10.7.23         | 5                 |                       | 200.00                          | INP : 09111247823<br>DR. SBAI Bouchra<br>Echographie générale<br>10 Rue 16, Hay My Abdellah, Ain Chock<br>Tél. : 05 22 50 72 24 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| Pharmacie Casablanca Tél: 02 32 32 23  | 10/7/23 | 3570                  |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

VOLET 2

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

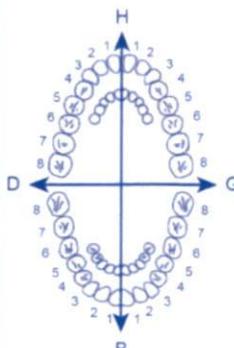
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [ ]                   |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-----------------------------|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS [ ]      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION [ ]       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION [ ]         |
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS [ ]      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS [ ]           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION [ ]     |

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G |          |          |



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

الطبقة السابعة

الطب العام

- دبلوم الدراسات العليا للجامعة في:
  - وقاية أمراض النساء
  - العقل عند الزوجين
  - تنظيم عنق الرحم
  - الفحص بالصدى



10.07.23

le mette j'edut le p.  
Sejour: 3 ms.

S.V.

O -  $\gamma_2$

~~peanut butter~~  
~~no eggs~~

Dr. SBAI Bouziane  
Medecine generale - Eclographie generale  
142, Bd. Arkanoun Hay My Abdellah, Ain Chicha  
Casablanca - 36 - 05 22 50 72 24  
00-09-17 30 30000 70

142، شارع الخليل - حي مولاي عبد الله عين الشق - الدار البيضاء - 05 22 50 72 24 : ☎

142, Bd. El Khalil, Hay My Abdellah Aïn Chock - CASABLANCA -  : 05 22 50 72 24

I.C.E.: 001917303000070