

## 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

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



N°D.

13667

## Déclaration de Maladie : N° S19-0018410

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BERIDA Mohamed Date de naissance : 22/07/1957  
Adresse : 81 Rue Larache App 18 Hayessalam  
Tél. : 0662 63375 Total des frais engagés : 1015,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. M. MISSOUM

Chirurgien

Traumatologie-Orthopédie

Chirurgie de la main

489, Av. Méd V - Rabat

Tél : 05 37 76 28 29 / 05 37 76 53 83

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 / 12 / 2019  
Nom et prénom du malade : Berida Mohamed Age : 62  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Traumatisme + arthrose  
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 Le : 24 DEC 2019  
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 Paiement des Actes
	G	G	300	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

### 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

### 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'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																								
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				
	H		G																								
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	00000000	00000000																									
	35533411	11433553																									
	B																										

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur MISSOUM Mohammed

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

Chirurgie des Os et des Articulations

Chirurgie du Rhumatisme et de l'Arthrose

Traumatologie du Sport - Arthroscopie

Chirurgie de la Main - Microchirurgie

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique

Expert Assermenté près les Tribunaux

# الدكتور ميسوم محمد

جراحة العظام و المفاصل

جراحة الروماتيزم

الطب الرياضي

جراحة اليد و الجراحة بالمجهر

أستاذ جراح سابق بمستشفى باريس

عضو الجمعية الفرنسية لجراحة العظام

خبير محلف لدى المحاكم

Rabat, le 16/12/2019 الرباط في

Rendez-vous

6960

Dr. M. MISSOUM

SV

صيدلية كENZA  
Pharmacie Kenza  
Dr. BENJELLOUN Rajae  
17, Rue Laroche C.I.L.  
Tél: 05 22 39 48 12 - Casablanca

22200

Dr. M. MISSOUM

SV

712.60

Dr. M. MISSOUM

Dr. M. MISSOUM  
Chirurgien  
Traumatolo-Orthopédie  
Chirurgie de la main  
489, Av. Mohammed V - Rabat  
Tél: 05 37 76 28 29 / 05 37 76 53 63

# Structum 500mg

## ستروكتوم<sup>م</sup> 500 ملغ

STRUCTUM 500MG 60 GE  
MAPHAR  
P.P.V. : 222,00 DH

5 ملغ  
فات الكوندرواتين الص  
طريق الفم

500 mg  
e sulfate sodique  
Voie orale

Pierre Fabre



# Structum 500mg

## ستروكتوم<sup>م</sup> 500 ملغ

STRUCTUM 500MG 60 GE  
MAPHAR  
P.P.V. : 222,00 DH

5 ملغ  
فات الكوندرواتين الص  
طريق الفم

500 mg  
e sulfate sodique  
Voie orale

Pierre Fabre





# Structum 500mg

## ستروكتوم<sup>م</sup> 500 ملغ

STRUCTUM 500MG 60 GE  
MAPHAR  
P.P.V. : 222,00 DH

5 ملغ  
فات الكوندرواتين الص  
طريق الفم

500 mg  
e sulfate sodique  
Voie orale

Pierre Fabre



PPV: 49,60 DH  
LOT: 19F18/B  
EXP: 06/2022

3 ampoules buvables

**D-CURE® FORTE**

Cholécalciférol 100 000 UI  
Vitamine D3