

## 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

N° W19-493090 ~~forfait ND~~ 34780

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2965

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUSS, Balya

1949

Date de naissance :

Adresse : Rue Diess Glacé Rue Bouzabane  
H'Zoukhat 106 casa

Tél. : 0664370625 Total des frais engagés : 1205,80 DHS

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mouad CRIQUECH  
Cardiologue  
242, Bd. Yaâcoub El Mansour - Casablanca  
Tél. 0522 94 09 10 / 0561 0602 80 19 75

Date de consultation : 10/07/2020

Nom et prénom du malade : SOUSS, Balya

Age : 73 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 10/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-493090

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

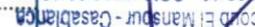
Matricule : 2965

Nom de l'adhérent(e) : SOUSS, Balya

Total des frais engagés : 1205,80

Date de dépôt : 22/07/2020

## **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
10.07.20	CT ECV		300 DA	INP : 7413684374 Signature Médecin : 
				262 BP, Yaacoub El Mansour - Casablanca Tél : 0522 94 09 10 - GSM : 0662 80 19 76
				Signature Administrateur : 
				Signature Médecin : 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE HABIBI Rue Tantan 48 La BLANCA - Tel: 05 22 36 33 33</i>	<i>10/07/12</i>	<i>123,00</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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"/>								
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 D</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	G	25533412 00000000 D	21433552 00000000 G	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	G											
25533412 00000000 D	21433552 00000000 G											
35533411	11433553											
B												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

**Docteur Mouad CRIQUECH**

Spécialiste

Maladies du cœur et des vaisseaux



**الدكتور معاد كريشك**

اختصاصي

في أمراض القلب و الشرايين

Casablanca le : 10/07/2020

207,00 X 3

1 - TRIATEC 10 MG PROTECT



73,00 X 2  
1 comprimé par jour  
2 - dilatrend 6.25

68,90 X 2  
1/2 comprimé par jour le matin au reveil

3 - FLUDEX 1,5 LP



207,00 X 1  
1/2 comprimé par jour le matin

4 - SYmbicort 200/6

1 bouffée au besoin

1203,00



Mme SOUSSI BAHIJJA

207,00

207,00

207,00

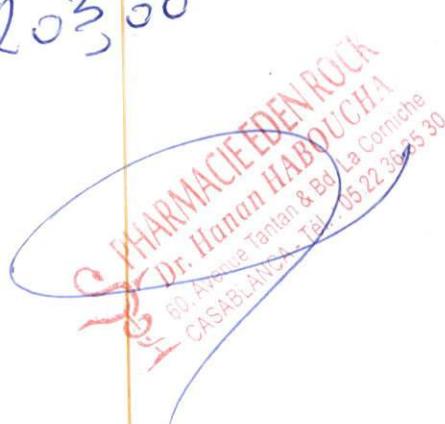
BOTTU SA  
PPV : 73 DH 50

BOTTU SA  
PPV : 73 DH 50

68,90

68,90

traitement de 3 mois



Dr. Mouad CRIQUECH  
Cardiologue  
262 Bd. Yaâcoub El Mansour - Casablanca  
Tél.: 0522 94 09 10 - GSM: 06 62 80 19 75

