

# 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.

## diologie 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.

## éducation :

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



## Déclaration de Maladie

ND: Nº P19- 067039  
34505.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4558

Société : Retraite F.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : HAMMI EL HOUSSINE

Date de naissance : 11.11.1960

Adresse : LOT SAMIA 151 EL oufes 1430

Tél. : 06.65.61.69.02

Total des frais engagés : 352,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HAMMI EL HOUSSINE Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Indolent

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : Haggi

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-067039

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 : 4558

Nom de l'adhérent(e) : HAMMI EL HOUSSINE

Total des frais engagés : 352,60

Date de dépôt : .....

## 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
23.7.11	03		350 Dhs	Dr. BENHADIA KARIM 0910321211 Azhari Adbessamad Neurochirurgie International Cheikh Khalifa

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BENHADIA KARIM Pharmacie Dar Assalam 32, rue Oulifa - Casablanca Tél: 05 22 93 22 31	23/07/12	57,6

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

BEITA

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

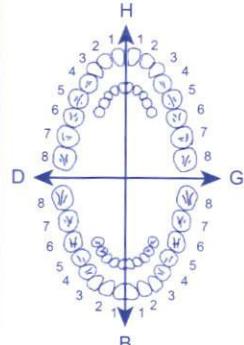
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

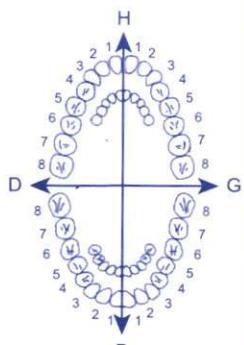
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

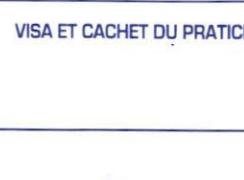


O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
PROTHESES DENTAIRES	H 25533412 21433552 00000000 00000000
	D 00000000 00000000 35533411 11433553
	G B



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

MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX	



DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : ۱۵ فروردين

M. Hamm El Houssein

28.800 2

Vibrant 

54.6°

A photograph of a rectangular hospital stamp. The stamp is tilted diagonally. At the top, it reads "Hôpital Universitaire Intercommunal de Braine". Below that, in a larger, bold font, is "Pr. EL AZHAR DE BESSEMAUD". Underneath that, in a slightly smaller font, are the words "NEUROLOGIE", "NEURORADIOLOGIE", and "NEURORHACHIOLOGIE". At the bottom left of the stamp, there is a barcode. To the left of the barcode, the date "09/10/2012" is printed. The stamp is set against a white background.

Dr BENIADIA KARIM  
Pharmacie Dar assalam  
32 Avenue Dar assalam  
Tél : 05 22 93 22 31

**Adresse :** Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabib Casablanca • Maroc  
**Tél :** +212 529 004 466 • **Fax :** +212 529 038 868 • **www.hck.ma**