

# 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 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](http://www.mupras.com)

17593

## Déclaration de Maladie : N° P19-0015258

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08219 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KIBA2 HICHAM Date de naissance : 07-06-1968

Adresse : Villa 6 ELOT 20 CGT Ville verte Boukout

Tél. : 0661469159 Total des frais engagés : 3979 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/12/2019

Nom et prénom du malade : KIBA2 Mohammed Amine Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Raccinose

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 : 16/01/2020

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
Ph.12.19	CS		10000	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2012.19	147.95

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

## 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'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VISA ET SACHET DU PRATICIEL AFFICHEANT LE REVISÉ

VIGA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

## **Docteur M'barka TADRARTI**

PÉDIATRE

## **ENDOSCOPIE DIGESTIVE & PH-METRIE**

Ancienne Interne des Hôpitaux de Rennes  
D.E.A. De biologie cellulaire et fonctionnelle  
des processus digestifs, Paris VII  
Diplôme d'université d'endoscopie digestive  
et de proctologie pédiatriques, Paris VII

Membre du groupe francophone de gastro-entérologie et nutrition pédiatriques

19, Rue Nassih Eddine (Socrate)  
Résidence Anfa 3 - Maârif - Casablanca.  
Tél./ Fax : 0522 99 23 45 - 0522 99 26 09  
E-mail: tadmbarka@yahoo.fr

الدكتورة مباركة تادرارتي

الطب الاطفال

الفحص الباطني للجهاز الهضمي

خريجة كلية الطب بفرنسا

ملحقة سایقا بمستشفي روپیر دویری

عضو في الجمع الفرنسي

لأمراض الجهاز الهضمي

### 19. زنقة ناصح الدين (سقراط) إقامة أنفا

الدعا، البيضاء

الهاتف / الفاكس : 0522 99 23 45 - 0522 99 26 09

24/12/2019

Mr KHBAZ MOHAMED Amine 15 ans 53,2 Kg 43

1) VITAMINE D3 BON 200mUI/ml S inj IM 1A/1ml  
une ampoule à midi

après le repas  
1 boîte

2) Dultava

127.0

147.90