

# 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 de leur caractère personnel.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0359

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHATIR

HAMID

Date de naissance :

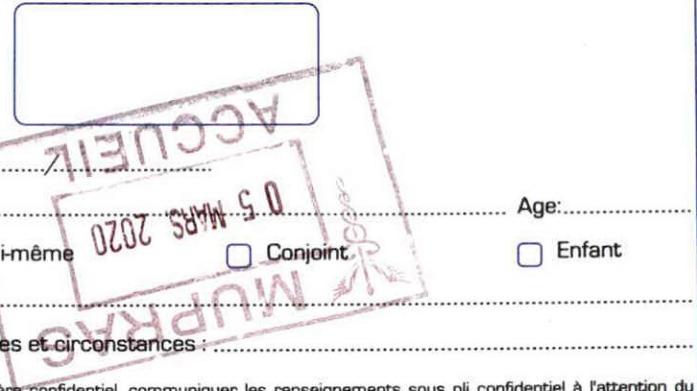
Adresse :

Tél. : 0661967509

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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									
					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>								
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>									
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		D	H	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553		
D	H												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553												
<b>Visa et cachet du praticien</b> <u>attestant le devis</u>		<b>Visa et cachet du praticien</b> <u>attestant l'exécution</u>											

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° <b>P 14 / 0003503</b>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
<b>Cachet MUPRAS</b>		



**P 14 / 0003503**

**DATE DE DEPOT**

/ 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	
Nom & Prénom <b>Yassine El Fenna</b>			
Fonction <b>RETRAITÉ</b>	Phones <b>0661 967509</b>	Signature de l'adhérent	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <b>Yassine El Fenna</b>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	
Age	Date <b>27.02.20</b>		
Nature de la maladie			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>C2</b>		<b>200,00</b>	
PHARMACIE	Date <b>27.02.2020</b>		
Montant de la facture <b>291,60</b>			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC		IM
CACHET			

# عيادة تشخيص أمراض الكلى والمسالك البولية Cabinet Médical d'Urologie

Docteur Abdellah Trabi

Chirurgien - Urologue

Chirurgie des Reins et des Voies Urinaires  
Endoscopie Urologique  
Traitement du calcul par Lithotripsie Extracorporelle  
et Endoscopie  
Stérilité chez l'homme

Ex. Medecin attaché du CHU Ibn Rochd  
Ex. Urologue de l'hôpital Ben M'sik - Sidi Othman  
Ex. Urologue de l'hôpital Mohammed V Hay Mohammadi

الدكتور عبد الله اترابي

جراح اختصاصي

جراحة الكلى والمسالك البولية  
الجراحة والتشخيص بالمنظار الداخلي  
علاج المرضى بالأشعة والمنظار الداخلي  
علاج العقم عند الرجال

طبيب ملحق سابقًا بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
جراح سابقًا بمستشفى ابن امسيك سيدي عثمان  
جراح سابقًا بمستشفى محمد الخامس الحبي الحمدي

Casablanca, le .....

24.07.20

الدار البيضاء، في

MAROC  
Casablanca

110,50 X 2

GP 800 (V1)



32,00

Ex edm

2 - 0 - 2

42,60

D

GPSC 70

295,60



Docteur Abdellah  
Chirurgien Urologue  
351, Avenue Réda Guedira (Ex. Nil)  
1er Etage, Cité Djemaâ - Casablanca  
Tél.: 0522 56 36 36 - Urgence : 0661 32 50 80

