

# 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.

## adiologie 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.

## ptique :

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.

## entaire :

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 caractére personnel.



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 047287

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2045

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

LARAKI FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0678268983

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) : .....

## **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **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'ICD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DÉBUT D'EXÉCUTION FIN D'EXÉCUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXÉCUTION
	<b>H</b> $\begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$ <b>D</b> <b>G</b> <b>B</b>			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
	DROITE GAUCHE HAUT BAS				

O.D.F.  
Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux		
	H			
D	25533412 00000000		G	21433552 00000000
	00000000			00000000
	35533411			11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Vise et cachez du praticien  
attestant le devis

Vise et cachez du praticien  
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-398798	
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		

Cachet MUPRAS



W18-398798

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2045

Nom & Prénom LARAKI FAÏZA

Fonction EX P.N.C Phones. 06 78 26 82 83

Mail Laraki.fatima5@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient .....

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 10/8/1955 Date .....

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Tube digestif

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

C3 350,00

PHARMACIE Date 03-03-2020

Montant de la facture 88,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

Docteur HAMDANI Abdellkrim  
Professeur Agrégé  
Gastro - Enterologie - Proctologie  
Clinique Zarhoun - Rue Zarhoun - Casablanca  
ZEMMAMA Zemmama  
Pharmacie Lahjajine  
Casablanca Tel. 05 22 29 35 64

CACHET

CACHET

# CLINIQUE ZARHOUN



مصححة زرهون

Docteur HAMDANI Abdelkarim

Docteur HAMDANI Fouad

## **ORDONNANCE**

## Casablanca le :

3/3/2020

أمراض الجهاز الهضمي  
وأمراض الكبد

## GASTRO-ENTEROLOGIE HEPATOLOGIE

الفحص بالمنظار

- Endoscopie Digestive تضيير المعدة -
  - Fibroscopie تنظير القولون -
  - Coloscopie

أمراض وجراحة الشرج

## PROCTOLOGIE MEDICO-CHIRURGICALE

-البواسير

- Hemorroïdes الناسور الشرجي
  - Fistule anale الشق الشرجي
  - Fissure anale

## - المراجحة العامة والمنظارية

- CHIRURGIE GÉNÉRALE
  - COELIO-CHIRURGIE

~~- 34,- 00~~ Jasmin  
- 1 null à Caffé 3 Fr. /  
~~19,50~~

~~- 15,-~~ Spas für bgo  
- Hypoth. 3 Fr. /.

~~- 16,- 00~~  
~~+ 19,30~~ ~~Tatzenfeine~~ ~~für Markt~~  
- Hypoth. 1 apfL 2 Fr. /.  
- Hypoth. 1 apfL 2 Fr. /.  
- Hypoth. 1 apfL 2 Fr. /.

~~88,80~~

Docteur HAMDANI Abderrahim



260 ml  
**Suspension**  
**Voie Orale**

PPV  
34DH00

**SPASFON-LYOC  
LYOPH.ORAL (10)  
Zenith Pharma  
P.P.V. : 19,50 DHS**

