

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-419923

ND: 28098

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4969		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : FAHAM Mohamed		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 16.06.1965			
Adresse : Habtuelle			
Tél. : 0666046687		Total des frais engagés : 445,80 Dhs	
Dr. TARY Mustapha			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
CIRVC MEDICAL FACIAL Médecin EXPERT			
Date de consultation : 30/02/2020 Sidi Othmane - Casablanca			
Nom et prénom du malade : ZERROUALI NAJAT Age:			
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Affection ORL			
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 : 30/04/2020	
Signature de l'adhérent(e) :			

### VOLET ADHÉRENT

#### Déclaration de maladie

N° W19-419923

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 :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
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
30 Avril 2020	C.E.		250 DHT	INP : 61126168

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PH. Sanaa CASAIDIANE Tél. 05 22 37 56 99 S.A.R.L ASSOCIEE à la Pharmacie B.P.C. 18 N°15 SIDI OTHMANE	30.4.2020	241582

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### 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.

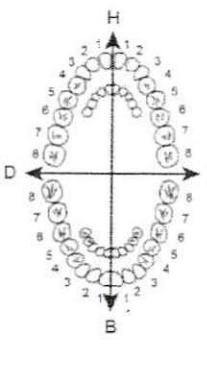
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

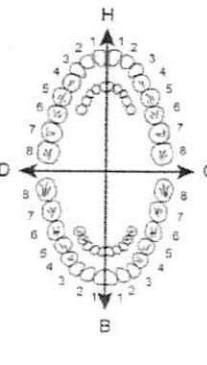


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste :

- \* ORL et chirurgie Maxillo-Cervico-faciale
- \* Chirurgie de surdité, Ronflement et vertige
- \* Formation approfondie à l'IGP (Bordeaux-france)
- \* Diplôme d'allergologie et immunologie clinique
- \* Ancien Chirurgien des hôpitaux
- \* Expert assermenté près des tribunaux



- أختصاصي :
- أمراض وجراحة الأنف، الأذن والحنجرة
  - جراحة الوجه والعنق والفك
  - جراحة العظام، علاج الشذوذ والدوار
  - تكوين مهم - بـ ج.ب (بودو-فرنسا)
  - دبلوم في تشخيص وعلاج أمراض الحساسية
  - جراح سابق بالمستشفيات
  - خبير محلف لدى المحاكم

30 Avril 2020

casablanca le :

PPV:39DH80  
PER:12/22  
LOT:12962

M<sup>me</sup> Zerrougui Maje

8482 n<sup>s</sup> 589 3 / 2.5120

○ Ia oxy i fu h



26,00

mr  
26  
01  
mai

06 Rouh 6

6,00

Sulrid

PCIA  
FACIAL  
N° 15 Sidi Othmane - Casablanca

1000

○ Tee w 16

40,00

01  
mai

14 x 21.

Dr TARY  
Casablanca  
Tunisie

Ph. Sanaa Casablanca  
SARL Associée Unique  
BLOC 18 N°15 Sidi Othmane  
Tél 05 22 37 56 99

N° de séries 20 GM AS

LOT: 180655 PER: 12-2020  
PPV: 140,000DH

24/6/80 T 4 L moh

Dr. TARY Mustapha  
OR ET CHIRURGIE  
CERVO - MAXILLO FACIAL  
Médecin EXPERT  
52, Bd. N°11 Bloc 42 Sidi Othmane - Casablanca

Ph. Sanaa Casablanca  
SARL Associée Unique  
Bloc 18 N°15 Sidi Othmane  
Tél 05 22 37 56 99