

# 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 caractére 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

ND = 28/169

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0019920

 Maladie Dentaire Optique Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09394Société : RAM Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : Ben Addou

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Professeur A. REFASS**  
Chirurgie & Traumato-Orthopédie  
Pédiatrique  
237, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél : 05 22 94 20 00 - INPE : 091119495  
001678391000063

Date de consultation : 01 JUIN 2020Nom et prénom du malade : BEN ADDOU IDRISI ISMAILAge : 17.01.2007Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  EnfantNature de la maladie : Eau boue inder

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 : CasaLe : 01/06/2020Signature de l'adhérent(e) : BY

### VOLET ADHÉRENT

## Déclaration de maladie N° P19- 0019920

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
1 JUIN 2020	K22			<p>Professeur A. F. M. S. Chirurgie &amp; Traumato-Orthopédie Pédiatrique</p> <p>237, Bd. Xerkouuni - Casablanca Tél : 05 22 94 20 00 - INPE : 091119495 Fax : 00 212 78391000063</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

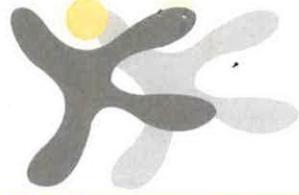
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a cyclohexane ring with various substituents. Atoms are numbered as follows: top vertex (H) is 1; top-right substituent is 2; right substituent is 3; bottom-right substituent is 4; bottom vertex (labeled D) is 5; bottom-left substituent is 6; left substituent is 7; top-left substituent is 8; and the hydrogen atom on the ring at the 12 o'clock position is 9.

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET SAGHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



الدكتور عبد الواحد الرفاس  
Professeur A. REFASS

Chirurgie  
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

01 JUIN 2020

BENADDOU Idrissi Ismail

24.80

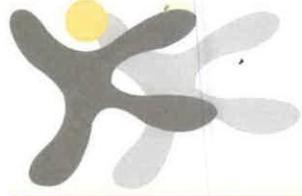
Difal 25 mg  
ACP x 3/j po 5j



Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd Abdellatif Ben Kaddour  
Tel : 022-263438



Professeur A. REFASS  
Chirurgie & Traumato-Orthopédie  
Pédiatrique  
237, Bd Zerkouni - Casablanca  
Tél : 05 22 91 20 00 - INPE : 091119495  
Fax : 00 212 67839100063



الدكتور عبد الوهاب الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie  
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

01 Juin 2020

## **NOTE D'HONORAIRES**

<i>Nom et Prénom</i>	: BENADDOU IDRISI Ismail.
<i>Diagnostic</i>	: Entorse de l' index droit.
<i>Acte du Médecin</i>	: plâtre avec une attelle de Zimmer.
<i>Cotation</i>	: K <sub>20</sub>
<i>Honoraire</i>	: 1000.00 DH ( Mille dirhams).

*Signé : Pr. A. REFASS*

Professeur A. REFASS  
Chirurgie & Traumatologie Orthopédie  
Pédiatrique  
237, Bd Zerkouni - Casablanca  
Tél: 0522.942.000 - INPE 19495  
001678381000083

**Cabinet:** Résidence Kheir - 237, Bd zerkouni - Casablanca - Tél. : 0522.942.000 - Fax : 0522.942.009 - e-mail : a.refass@gmail.com

**Clinique:** 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca - Tél. : 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028