

# 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 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

ND? 28 234

## Déclaration de Maladie : N° P19-0013442

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : .....

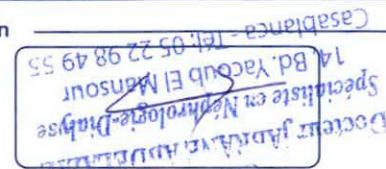
ESSAMADI DAFIK Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01 / 06 / 2018

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

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : 1 R Cynostomie

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) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0013442

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
01/06/2020	3.5.1.0mages d'Hémodialyse	3 x 850	2 550,00	Zoëteur JABRANE M.D. Spécialiste en Néphrologie 14, Bd. Yacoub El Mansour Casablanca - Tél: 05 22 98 40 53
01/06/2020	Retrait du cathéter.	1 x 500	500	#30 50#

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

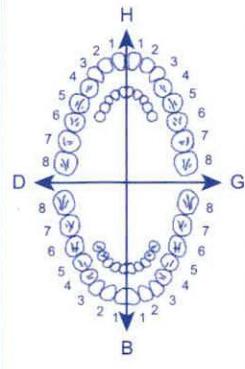
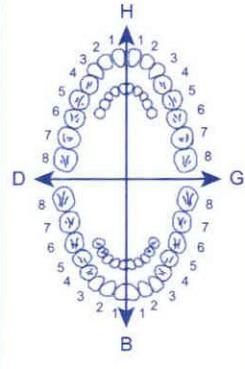
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411	G	21433552 00000000 B 11433553
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE NEPHROLOGIE  
HÉMODIALYSE YACOUB EL MANSOUR

Docteur JABRANE ABDELAZIZ  
Spécialiste Néphrologie-Dialyse

091079459  
  
INP établissement :  
090001355

Fait à CASABLANCA, le : 01/06/2020

Facture N° : 20200669-2020

Facture des séances d'hémodialyse du mois Mai 2020

PATENTE : 35802587

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE : ESSAMADI RAFIK - CIN : C163742

NOM ET PRENOM DU BENEFICIAIRE : ESSAMADI RAFIK - CIN : C163742

DATE DE NAISSANCE : 06/08/1964

MOIS	JOURS DE DIALYSE	DATE DES SEANCES	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	MONTANT
Mai 2020	Mardi	26	3	850,00	2 550,00
	Jeudi	28			
	Samedi	30			
DESIGNATION			NOMBRE	PRIX UNITAIRE	MONTANT
Retrait du cathéter			1.00	500,00	500,00
Frais d'une séance de dialyse				850,00 DHS	
Nombre de séances				3	
Total Facture :				3 050,00 DHS	

Arrêtée la présente facture à la somme de: TROIS MILLE CINQUANTE DIRHAMS

SIGNATURE ET CACHET DU NEPHROLOGUE

Facture acquittée par chèque n° : 4613476

Centre d'Hémodialyse  
Yacoub El Mansour  
Dr JABRANE ABDELLAZIZ  
14, Bd Yacoub El Mansour, 1er Etage  
Casablanca - Tél: 0522 98 49 55

Siège social 14, Bd. YACOUB EL MANSOUR 1er etage Maarif CASABLANCA CASABLANCA  
Tél : 05 22 98 49 55 / 06 61 83 55 60 Fax : 05 22 98 88 05 Email :  
jabraneaziz@menara.ma

CNSS : 6009345 IF : 40804331  
PATENTE : 35802587 ICE :  
001658885000049



**الشركة العامة  
SOCIETE GENERALE**

SOCIETE GENERALE

PAYEZ CONTRE CE CHÈQUE

## Trois Mille Cinqante She

DH # 3,050,004 درهم

دفعوا مقابل هذا الشيك -

**A L'ORDRE DE**

Dr. JABRANE Abdellatif

PAYABLE À  
**ZIRAOUI**

یوڈی فی

ÉMIS À

NÚMERO DE COMETAS

1

01/06/2020

**SIGNATURE**

二

Angle Bd Moulay Youssef  
et Rue Guercif  
**CASABLANCA**  
Tel 0522 88 60 95

143 00 279509 15  
ESSAMADI RAFIK

**CHÈQUE SERIE** **KAC** **N° 4613476**

La signature ne doit pas atteindre la zone ci-dessous

• 600 1263 3676 01022760 060001 653 0103 7265 0694 6510 22