

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-500222

44460

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 1854 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KHADDA BRAHIM  
 Date de naissance : 20/11/1969  
 Adresse : RUE 3 N° 320 HAY ALAZHAR  
 13070 NOUSSE  
 Tél. : 0673715369 Total des frais engagés : 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :  
 Dr. AGOUMI LAROU Meryem  
 CHIRURGIEN  
 12 Rue 41 Hay Tarik Sidi Bernoussi - Casa  
 0522 73 48 43 0651 15 11  
 Email: agoumi06@hotmail.fr

Date de consultation : 18/08/2020  
 Nom et prénom du malade : KHADDA BRAHIM  
 Age : 59  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : AFF. Gyneco  
 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 : CASA

Le : 18/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

## RELEVÉ 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

18 AUG 2020

**LSD**

**CHARLES W. HARRIS**

**200-1 Hwy Tank Stn 82**

**75-22-346-43**

**INFORM 056**

INP 091003244

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---	------	-----------------------

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

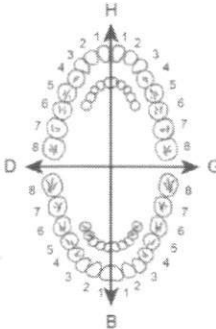
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVÉ 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>									

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**[Création, remont, adjonction]**  
actionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	H 25533412    21433552 00000000    00000000 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div>D</div><div>G</div></div> B	Coefficient des Travaux	<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montants des Soins	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Date du Devis	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Date de l'exécution	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr Meryem AGOUMI LAHLOU**

**Spécialiste**

**CHIRURGIE GENERALE**

CHIRURGIE DIGESTIVE - CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

CHIRURGIE ENDOCRINIENNE

**ECHOGRAPHIE GENERALE**

Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier

**COELIO CHIRURGIE**

Diplômée de la faculté de Médecine de Bordeaux

**الدكتورة مريم أگومي لحلو**

**اختصاصية**

**الجراحة العامة**

جراحة الجهاز الهضمي - جراحة النساء

جراحة الغدد

**الفحص بالصدى**

خريجة كلية الطب بمونبيلي

الجراحة بالمنظار

خريجة كلية الطب ببوردو

Casablanca, le 18.08.2020 في الدار البيضاء

Mlle Khoulou  
Bisram

Symptôme  
100 U

Dr AGOUMI LAHLOU Meryem  
CHIRURGIE GENERALE  
N° 12, Rue 41 Hay Tarik - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 73 48 43 - Urgence GSM : 06 61 19 41 04

رقم 12 زنقة 41 حي طارق - سیدی البرنوصی - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 48 43 - مستعجلات المحمول : 06 61 19 41 04

N° 12, Rue 41 Hay Tarik - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 73 48 43 - Urgence GSM : 06 61 19 41 04