

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **macie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19-0035892

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 56215

Société :

R.A.M G1.57

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TOUIL ABDELLATIF

Date de naissance :

Adresse : Hay EL Mesfid Att. Bn. N° 331 CASA  
1. 1. 1955

Tél. : 06 41 94 10 32

Total des frais engagés :

457,70

Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed F. MIRI  
Hôpital de Casablanca  
60 Bd J. TAJA - Casablanca  
Fax: 05 22 21 30 47

Date de consultation : 23/10/2021

Nom et prénom du malade : TOUIL SAFAA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Symptomatique / digeste

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 : 24/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

## 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
27/03/2022	62		300,01 HT + mésenté 0,00 HT	 Dr. SABRINA L'ABID 22 27.96.47

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/02/21	157,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

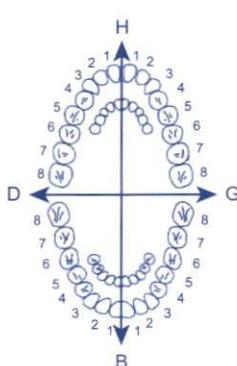
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
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

# Docteur Mohamed AMINE

Spécialiste de :

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF  
Diplômé du C.E.S. de Gastro-Entérologie  
de la Faculté de Médecine de TOULOUSE  
et de MEDECINE INTERNE

Diplômé de l'Université de Nutrition et Diététique

Diplômé d'Université de Diabétologie

Diplômé d'Université des Maladies Phospho-  
Calciques de l'OS

Diplômé d'Université d'Echographie Générale  
de la Faculté de Médecine de MONTPELLIER

Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne

Membre Titulaire de la Société Française  
des Maladies de l'Appareil Digestif

Membre Titulaire de la Société Française  
d'Endoscopie Digestive

Membre de la Société Européenne Méditerranéenne  
de Proctologie

T0151

Casablanca, le 23 FEV 2021

211,80

Avlo cardyl



AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850  
P.P.V : 41DH80  
PER : 09/09/2023



63,20

stethosan  
3 jellies



124382

Lot : 3308  
Mfg: 02 2020  
EXP.: 02 2023  
BIOCODEYE

35,70

Alprazolam 0,5

120

LOT 20-07-1  
LSD 11-2023  
PPV 35,70

14,00

Sorbhepatic  
3 com 4

SORBHEPATIC®  
PPV 17DH00  
EXP 12/2023  
LOT 06042 6

157,70

Dr. Mohamed AMINE  
HEPATO-STROGASTROLOGUE  
50, Rue TATA - CASABLANCA  
Tél: 022.27.01.93 - Fax: 022.27.98.47

05 22 29 54 88 - الهاتف: 05 22 27 01 93 - الفاكس:

50, Rue TATA (Ex. Poincaré) - Casablanca (Face café la Comédie) - Tél. : 05 22 27 01 93 - Fax : 05 22 29 54 88

GSM : 06 61 27 19 19 - E-mail : aminerachid@gmail.com - Autorisation SGG 4248