

# INFORMATIONS 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.

## Éducation :

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.

## Prothétique :

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

clamation	: contact@mupras.com
se en charge	: pec@mupras.com
ésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

S'engage à garantir le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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 M21- 0004957

Optique *65996*  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *1856* Société : *RAM RETRAITE*

Actif  Pensionné(e)  Autre:

Nom & Prénom : *SLAOUI KHATIA*

Date de naissance : *1956*

Adresse : *50 lot KHATIAOU Oujda*

Tél. : *06 69 12 82 82* Total des frais engagés : *204,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNOP N° : AA-215 / 2019

Dr KERZAZI Mohammed

CHIRURGIEN

39, Bd. Mohammed V - OUJDA

MUPRAS

05 AVR. 2021

ACCUEIL

Age: 65

Cachet du médecin :

Date de consultation : *01/03/2021*

Nom et prénom du malade : *SLAOUI KHATIA*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *HHT + syndrome de Zeihens*

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 : *Oujda* Le : *01/03/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21- 04957

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 :

*204,00*

## **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
01/09/2011			180.00	Dr KERZAZ CHIRURGEON 39, Bd. Mohamed V, 1000 Tunisie

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Latifa BENOACHOUR El Sidi Yalha N°1 05/02/20153	03/02/2015	54,00

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **VOLET ADHERENT**

12040

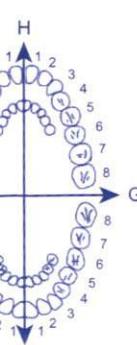
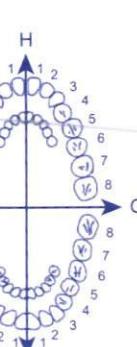
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Dr KERZAZI Mohamed  
CHIRURGIEN  
Expert Assermenté  
Près la Cour d'Appel d'Oujda

ICE : 001669855000097  
39, Boulevard Mohammed V  
Tél. : 05 36 68 45 10 - OUJDA

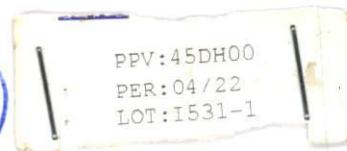


الدكتور كرزازي محمد  
طبيب جراح  
خبير معلم  
لدى محكمة الاستئناف بوجدة  
39، شارع محمد الخامس  
الهاتف : 05 36 68 45 10 - وحدة  
وجدة، في

Oujda, le 02 - 03 - 2021

SCAMIE KHNAFOU

151,00 - PREZAR - RSV  
1,00  
- Augmenh M 2,100,00



9,00 - airal  
54,00



Pharmacie BENQACHOUR  
Dr. Latifa BENQACHOUR  
Bd. Sidi Yahya N°1  
Tel: 70 53 02 OUJDA

Dr KERZAZI Mohammed  
CHIRURGIEN  
39, Bd. Mohammed V - OUJDA  
Tél : 05 36 68 45 10

®

T : 191405  
T : 19 - 22  
D : 9,000 H

COOPER  
PHARMA