

# 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Reclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 03-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS



## Déclaration de Maladie

N° W19-599534

71974  
X Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule	355	Société
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Idrissou Ahmed		
Date de naissance : 01/01/1963		
Adresse : Rue 3 Abderahim Ben Allal Aqarby Sidi El Oul Oul d'ouja. Casablanca		
Tel : 0522366087 Total des frais engagés : 560 Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : Docteur Ali EI KOHEN Membre de la Société Française et Internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique 378, Bd Zerktouni 1er Arr. Casablanca Urgences : 02.17.90.93		
Date de consultation : 28 AVR. 2021	Nom et prénom du malade : Né / Nyriem KARKOURI	Age : 56
Lien de parenté : Tui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Fracture Basse de la 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> doigt		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Paris gelé -		
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 : 28/04/2021.

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-599534	
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	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28 AVR 2021	Kao Inhalation par Atmole de Zine + Budge et Naphtale		500	091057125 BACTERIALE CHIRURGENTALE

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Praticien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES			
Important : Les honoraires sont à régler au praticien dans les deux mois suivant la date de l'exécution des soins.			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			B.P. : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			COEFFICIENT DE L'EXÉCUTION : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			DATE DE L'EXÉCUTION : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			DATE DE LA FACTURE : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			DATE DE LA POURSUITE : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			DATE DE LA POURSUITE : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX : <input type="checkbox"/>
	D	G	MONTANT DES SOINS : <input type="checkbox"/>
	D	G	DATE DE LA PREVUE : <input type="checkbox"/>
	D	G	DATE DE LA EXÉCUTION : <input type="checkbox"/>
	D	G	DATE DE LA POURSUITE : <input type="checkbox"/>
	D	G	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS : <input type="checkbox"/>
	D	G	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION : <input type="checkbox"/>

**Dr.Ali EL KOHEN**  
**Chirurgien Orthopédiste Traumatologue**  
Ancien Interne des Hôpitaux de Marseille

-----  
Chirurgie de la Hanche, du Genou, de la Main et du Pied  
Traumatologie du Sport, Arthroscopie

-----  
Membre du collège de la Main de Boston (U.S.A)  
Membre des Sociétés Française et Internationale  
de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

-----  
378, Bd Zerkouni 1<sup>er</sup> étage Casablanca  
Tél: 22.11.64/ 22.14.43 Urgences: 01.17.20.93

Casablanca, le 28.04.2021

### FACTURE

Nom du malade : Mme LETACON Myriem épouse KARKOURI

Immobilisation par attelle de Zimmer+bandage élastoplaste      500 Dhs (cinq cent dirhams).

Arrêté la présente facture à la somme de 500 Dhs (cinq cent dirhams).



The handwritten signature is in blue ink and appears to read "DR ALI EL KOHEN". Below it is a blue rectangular stamp with the following text:  
DOCTEUR ALI EL KOHEN  
CHIRURGIEN TRAUMATOLOGISTE  
378, BLVD ZERKOUNI CASABLANCA

Cacablaeca . 28/05/2021

je Confirme par la présente  
que Madame Kerkhouri Myriem  
épouse du Monsieur Kerkhouri  
Ahmed à Subi une fracture de  
la main Alla Suite J'ime  
Chuté à la maison en faisant  
mon ménage , en date du 26/04/2021  
chez elle à Cacablaeca elle a  
du être placée et a été traité  
Une attelle soier recommandé d'on  
de son Médecin Traitant .

Sa Fille Leila Kerkhouri  
CIN BES90112 .

