

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Optique 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.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 060707

73847

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03719 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHIHEB ABDELKADER

Date de naissance : 10-03-1959

Adresse : HAY INARA 1 RVE 26 N°4 CASA

Tél. : 06.63.30.00.48 Total des frais engagés : 560,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : CPA

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 : 07/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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
07/05/2024	CPA		300 dhs.	 Dr HUSSEIN AHMAD SCHERIFF Réanimateur Anesthésiste 2 - 103, B4, Anoual, Casablanca 05 22 64 14 00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Pochet du Pharmacien ou Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARM CHEIKH SARE N°6001057-ANMRA 2 AV AL QODDUS AIN CHOCK-CASABLANCA TEL:0522506510/062	07/05/2021	35,7004
	07/05/2021	142,20
	12/05/2021	82,110

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

## **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

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 255334112 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Date : 07/05/2021

## Ordonnance

H. chibes AB de l'Kader

① Fortrans.

Mug 20 Aspirer dans AP d'eau.  
prendre 4 fl. lavelle de l'intervention  
Arrêt à 00h



PHARMACIE CHARM CHIBI SAKH  
N° 600 LOTS MAMRA 2 AV AL QODS  
AIN CHOCK - CASABLANCA  
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18

Dr. Ahmad SOHEIR HUSSEIN  
Anesthésiste - Réanimateur

Date : 12/05/2021

## Ordonnance

M<sup>r</sup> CHIHEB Abdelkader

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bnoou al esquem rocher  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Boite 14  
640150MP/21/NRC P.P.V: 82.10.0H  
6 118001 020591

CE: 05/22/50/65/10/06/22/21/02/18  
N°: 0001015 HAMRAZ AV AL QOOPS  
PHARMA TECHNIE CHARM CHEIKH SARL

Inexium 20

14/05/2021 X 04 Semaines



D<sup>r</sup>. Abdelkar MELLAL  
Gastro Entérologue  
0522553020/0540063376



# INTERNATIONAL clinic

## FACTURE

N°: C2623/2021

Patient	Médecin traitant	Date de consultation
M. CHIHEB Abdelkader	HUSSEIN Ahmad Scheriff	07/05/2021
Assurance		P.C. N°
	AUCUNE	

L I B E L L E	Qté	Prix U.	Montant			
CONSULTATION (HUSSEIN Ahmad Scheriff)	1	300,00	300,00			
<b>Montant Total</b>	<b>300,00 Dhs</b>					
<b>Arrêté la présente facture à la somme de :</b>						
<b>TROIS CENT DIRHAMS ET ZERO CENTIMES</b>						



090062100



Edité le : 07/05/2021 à 13:19

Par : njaddad