

# 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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.

## **Prothèse :**

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 539 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bekkani Camél Med

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.64.04.12.27 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : Ben abdijez Itakima Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :



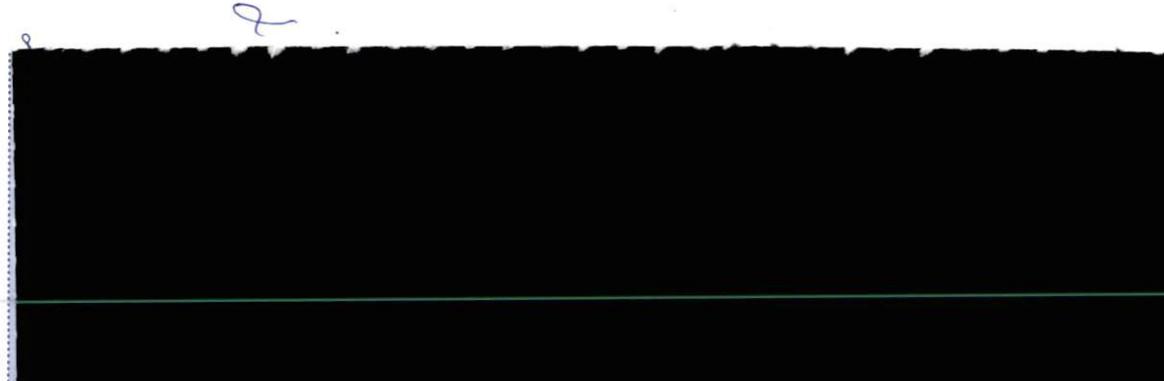
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : ..... Le : 26/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :



/euillez fournir une facture

/euillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
<b>DROITE</b> 12 11 21 22 13 14 23 24 15 16 25 26 17 18 27 28 <b>HAUT</b> 46 47 36 37 <b>BAS</b> 48 49 38 39 44 43 34 35 42 41 31 32 33 <b>GAUCHE</b>				
				<b>Montant des soins</b>
				<b>Début d'exécution</b>
				<b>Fin d'exécution</b>

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux															
<p>DROITE 10 11 21 22 23 24 25 26 27 28      HAUT 14 15 16 17 18      BAS 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32      GAUCHE 22 23 24 25 26</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: right;">D</td> <td style="width: 40px; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50px; text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>	D	H	G	25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
D	H	G															
25533412		21433552															
00000000		00000000															
00000000		00000000															
35533411		11433553															
	<p>(Création, Remont, adjonction)          Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>Montant des soin</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin de</b> <input type="text"/>															

VOLET ADHERENT | NOM : BEKKARI Camel D.E

Mle 519

**DECLARATION N°** W16-061511

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

**Montant engagé**

LAES 2 -

495 37

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois.

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme SAKKAT	
Nom & Prénom BEKKARI Camel N°		Date : 18/05/21	
Fonction : C.B.	Phones. 06.64.04.22.07		
Mail Camel @bekkari...com			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient BENABDJUL HAKIMA.		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/> Age .....	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Affection digestive.			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Q		300,- Ange Rte d'AZZIBI Sidi Abderrahmane Entérologue Immeuble Confort 3ème étage en face de Carrefour Hypermarket Casablanca - Tel.: 05 22(89 36 19)	
<b>PHARMACIE</b>	Date 12/05/21		
Montant de la facture 195,40		Pharmacie BO ANADED Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél.: 022-36-54-38	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>			
Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM IV	

## Docteur Salma SAKKAT

Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif et du Foie  
Endoscopie Digestive - Echographie Abdominale  
Proctologie Médico-Chirurgicale  
Ancien interne du CHU de LYON  
Ancien interne du CHU de CASABLANCA



## الدكتورة سلمى السقاط

اختصاصية في أمراض  
الجهاز الهضمي والكبد  
التشخص بالمنظار والصدري  
أمراض وجراحة المخرج  
طبيبة داخلية بمستشفى ليون (فرنسا)  
سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca le : 12 MAI 2021

14<sup>e</sup> BÉNABDJIL NARIMA

82,10 x 2

1 - INEXIUM 20

1 cpl 30 min avant le petit dej.

31,50



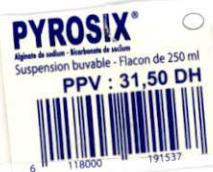
2 - Pyrosix

1 cés x 31j 1h après les repas.  
+ 1 cés avant le souper en ss

Je bénri

195,70

pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Tél. : 022-38-54-38



Docteur H.S. SAKKAT  
Gastro - Endocrinologue  
Angle Rue D'Azemmour et Bd Sidi Abderrahmane  
(immeuble Commercial) 3<sup>ème</sup> étage  
(en face de Carrefour) - Hay Hassani  
Casablanca - Tél. : 05 22 89 36 19

En cas d'urgence : 06 55 53 36 07 ou contacter la Clinique La Source - Tél : 05 22 20 14 40 / 41

Angle route d'Azemmour et Bd Sidi Abderrahmane, Seat près Immeuble B - 3<sup>ème</sup> étage N° 10,  
(en face Carrefour) Tramway Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 89 36 19 - GSM (RDV) : 06 70 99 80 99  
Patente : 35003869 - ICE : 001946363000083 - E-mail : sakkatsalma@yahoo.fr