

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

## litions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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

La 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**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7649**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BoulBLAH RACHID**

**82583**

Date de naissance :

Adresse : **1m 43 APT 4 casab 4 oufia casa**

Tél. : **066 878 32 99**

Total des frais engagés : **247,20** Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **✓**

Nom et prénom du malade : **BoulBLAH RACHID** Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **ep. myopathie**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : ..... / ..... / .....

#### **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 Recouvrement des Actes
28/06/01	C.S		300.D.H.	Dr. Khalil BEN Chirurgien Spécialiste 182, Bd. Anouar - Casablanca Tel : 05 22 86 5005 INPE : 091188340 ICE : 09174582300009

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA VILLE DE L'ISLE D'ESPRESSO	26/06/2024	247,20

#### **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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

# Dr. Khalid RZAL

Chirugien Spécialiste

Diplômé de la Faculté de  
Médecine de Montpellier (France)

Chirurgien Viscérale

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France

- Chirurgie Viscérale
- Chirurgie Digestive
- Chirurgie de l'Obésité
- Chirurgie Cancérologique

# الدكتور خالد أرزال

جراح متخصص

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)  
جراح بمستشفيات فرنسا (سابقا)

• جراحة الجهاز الهضمي

• جراحة الأورام

• جراحة العامة

• جراحة السمنة

Casablanca le : ٢١/٦/٢١

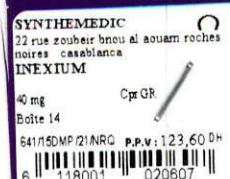
٢١/٦/٢١

١٢٣٦٥

INEXIUM

٢٤٧٢٥١

Dr. Khalid RZAL  
Chirurgien Spécialiste  
182, Bd. Anoual Casablanca  
Tél : 05 22 86 50 05  
INPE : 091165340  
ICE : 00174552300009



182, Boulevard Anoual, Tour Anoual, 5ème Etage - Casablanca - Maroc

Tél.: 05 22 86 50 05 - E-mail : khalidrzal6@gmail.com

SUR RENDEZ-VOUS