

# 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.

## 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.

## 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.

## Prothèse :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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 - Casablanca



Déclaration de Maladie

N° W21-650152

83002

Maladie  Dentaire  Optique  Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4214 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ABDELLAOUI HAADOUNE

Date de naissance : 1973

Adresse : V. 11.72 lot Ain Diabte Aïn

Tél. : 0662 780791 Total des frais engagés : 148

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Samir BENCHEKROUNE  
Anesthésiste Réanimateur  
Clinique la Source  
Tél : 05 22 20 14 60

Date de consultation : 4/08/2021

Nom et prénom du malade : ABDELLAOUI HAADOUNE Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Infection urinaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

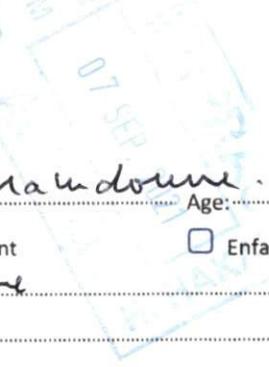
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je reconnais avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 07/09/21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

tes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>
				<b>Dr. Samir BENCHEKROUNE</b> Anesthésiste Réanimateur Clinique la Source Tél : 05 22 20 14 40

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/08/21	548,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	B																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



Docteur MEZIANE EL MAHDI  
Docteur MEZIANE MUSTAPHA  
Docteur MEZIANE ANAS  
Docteur MEZIANE AMINE

الدكتور مزيان المهدي  
الدكتور مزيان مصطفى  
الدكتور مزيان أناس  
الدكتور مزيان أمين

Chirurgiens Urologues

جراحة المسالك البولية التناسلية

ORDONNANCE

9/8/2021

LOT: R-08-2  
PER: 06-2023  
PPV: 106,80DH

جراحة المسالك البولية التناسلية  
UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري  
lithotritie تفتيت الحصى

الجراحة العامة والمنظارية  
CHIRURGIE GENERALE  
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال  
CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء  
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع  
الاختصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى  
CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة  
CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER  
RADIOLOGIE STANDARD

LOT: R-10-1  
PER: 07-2023  
PPV: 106,80DH

LOT: R-08-2  
PER: 06-2023  
PPV: 106,80DH

Abdelloumi Hamdoune  
3100 x 04

106,80 x 04  
Triaon 1g

26 (50 x 04) 2 amp (2g) en EM  
Centumy 100 mg (6 amp)  
2 amp 32 mg li

548,20

PHARMACIE SUPPLÉMENTAIRE  
Dr. Mounir CHABACHI, PHA  
Rte d'Azzerrouj, Agra Supérieur  
Tél: 05 22 20 01 16

Dr. Samir BENCHEKROUNE  
Anesthésiste Réanimateur  
Clinique la Source  
Tél : 05 22 20 14 40

LOT: R-08-2  
PER: 06-2023  
PPV: 106,80DH

N° LOT: /  
EXP: /  
PPV: Sans PPV

N° LOT: /  
EXP: /  
PPV: Sans PPV

N° LOT: /  
EXP: /  
PPV: Sans PPV

N° LOT: /  
EXP: /  
PPV: Sans PPV