

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

## ditions 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.

## armacie :

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.

## ptique :

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.

## entaire :

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

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

Nº P19- 045347

8363 3

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOURICH Mohamed

Date de naissance :

15-08-1950

Adresse :

St Haj Fatch Rue 4 N° 15 Soutfa  
CASABLANCA

Tél. : 0661397606

Total des frais engagés : 1045,300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Centre d'Urologie

Professeur Saâd BENJELLOUN  
- Chirurgien Urologue  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
59, Bd. Zerktouni, Résidence les Fleurs  
Casablanca - Tél. : 0522 88 01 12/13/14

Cachet du médecin :

08 SEP. 2021

Date de consultation :

BOURICH Mohamed

Nom et prénom du malade :

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 : 09/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

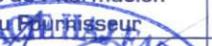
CASABLANCA  
08 SEP 2021  
BOURICH Mohamed

9

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chacut et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08 SEP. 2021		9	30000	Centre d'Urologie Professeur Saâd BENJELLOUN - Chirurgien Urologue - - Chef du Service d'Urologie - Kartoum, Résidence les Fleurs Tel : 0922 86 01 12 / 3111
08 SEP. 2021	ECHODOPPLER	60000		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08 Sept 2021	145,30 ₪ IN.P.E. 0920289990

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B		Coefficient des travaux
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Centre d'urologie

Pr. Saad Benjelloun

8. 9. 2021

M Bourrich Mohsen

38,10 x 3 COTRIN (800) + 1 mois

2 14,10

PPU 38DH00

PPU 38DH00

PPU 38DH00

6. V. 6. V. 6. V.

meti

sev

31.30

Ame rep

31,30

Zylopic (200mg) + 30  
1c / matin jusqu'au

Total = 145,80 DH



08 Sept 2021

N°I.C.E :001638312000001

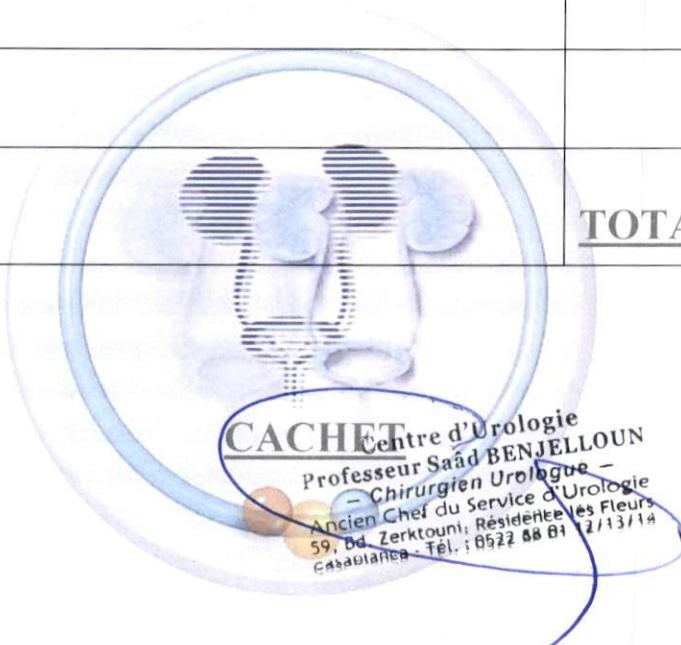
Centre d'Urologie  
Professeur Saad BENJELLOUN  
- Chirurgien Urologue -  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
59, Bd. Zerkouni, Résidence les Fleurs  
Casablanca - Tel. : 0522 88 01 12/13/14

FACTURE N°21090801

*Casablanca, le 08.09.2021*

*je soussigne certifie que **MONSIEUR BOURICH MOHAMED** a payé la somme de :*

**900.00 (NEUF CENT DIRHAMS) ESPECE**



N°I.C.E :001638312000001