

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## **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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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 M21- 0053651

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 11448 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHYAR KAMAL

Date de naissance : 11-09-73

Adresse : DAR BOU AAZZA

Tél. : 06 93 35 85 21 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/09/2021

Nom et prénom du malade : Khyar ya cuit Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Ablation de plâtre à domicile

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 : 09/09/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Le : 09/09/2021

13-09-2021

## 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
8.8.2021	Dr	NP	226,-	 Dr. LARAKI HOUSAINI BOUCANE Chirurgien Pédiatrique Néonatalogiste - Enfant ENS Hay Hassi 1111111111 19/03/2017

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **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 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11143550

[Création, remont, adjonc]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	



## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

### 1) Date de la constatation de l'état de malade:

Khyar yacout

### 2) Renseignements cliniques sommaires:

Ablation de platre.

### 3) Traitement envisagé et actes:

Kno

08/09/2021 à g.  
\_\_\_\_

### 4) Durée prévisible du traitement:

A LE 18/08/2021

Signature

Dr. LARAKI HOUSSAINI Bouchra  
Chirurgien Pédiatre  
Polyclinique Mère-Enfant CNSS Hay hassani  
09/09/2021  
09/09/2021



N° IPP :	710431	N° SEJOUR :	210022257	<b>FACTURE N° 2105007843</b>				DATE D'ENTREE : 08/09/2021		DATE DE SORTIE : 08/09/2021	
ASSURE :								DESTINATAIRE :		KHYAR,Yacout	
MALADE : KHYAR,Yacout				UF: 5002 URGENCES							
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
<b>AUTRES ACTES COTES EN K</b>											
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00	

Intervenant : 470024 DR. LARAKI EL HOUSSAINI BOUCHRA TOTAUX : 225.00 225.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : PLAFOND PC : ACOMPTE :

DEUX CENT VINGT CINQ DHS REMISE : 0.00 REGLE : 225.00 AVOIR :

DATE FACTURE : 08/09/2021 EDITEE LE : 08/09/2021 PAR: NEJMI RESTE DU: 0.00 ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA DATE AT :

Reglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S  
 BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR  
 N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49