

# 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.

## Radiologie 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.

## Dentaire :

- 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

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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7809

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Belmoumene

YASMIN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



## 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.

### Radiologie 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.

### Dentaire :

- 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

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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-611038

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

7809

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN MOUSSA

YASIR

Date de naissance :

09/18/69

Adresse :

19 Rue Tuls Greg oasis

Tél. :

0661210466

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : / /

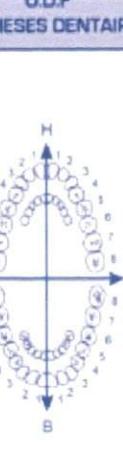
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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
06 Sept 2022	C		✓	0310880916 INP.
				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**VIOLET ADHERENT** \_\_\_\_\_

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.								
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>				
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>				
				<b>O.D.F</b> <b>PROTHÉSES DENTAIRES</b>				
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>				
								
				$  \begin{array}{r}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  $				
				<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse				
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>								
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>								
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>								
<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>								

Docteur Anne Lacroix Bensaid

Médecin Généraliste - Urgentiste

Diplômée de la Faculté Necker de Paris

Consultation sur rendez-vous

Visite à Domicile

Tél. : 05 22 29 91 23

Casablanca, le 04.09.2021

الدكتورة آن لكرود بنسعيد

الطب العام - المستعجلات

خريجة كلية نيكرباريس

زيارة بالموعد

فحص منزلي

الهاتف : 05 22 29 91 23

الدار البيضاء، في

Kamel BENAOSSA

PCR COVID

Dr Farid HAKKOU  
Labbés Laboratoire d'Analyses Biomatérielles  
4, Bd Abderrahim Bouabid et Argie Rue Bir  
Hakim, Oasis - Casablanca 20410 - Maroc  
Tél. : 0522 25 48 98 - Mobile : 0661 10 04 25

645, Rue de Goulmima - Quartier Bourgogne - 1er étage - CASABLANCA 20040  
CNSS : 6633342 - Patente : 35405862 - I.G.R. : 401-07-167 - INP : 091 088 096  
N°ordre : 078 / 03 - ICE : 001939188000002

645, Rue de Goulmima - Quartier Bourgogne - 1er étage - CASABLANCA 20040  
CNSS : 6633342 - Patente : 35405862 - I.G.R. : 401-07-167 - INP : 091 088 096  
N°ordre : 078 / 03 - ICE : 001939188000002





LabOasis LABORATOIRE D'ANALYSES BIOMEDICALES  
Pr Farid Hakkou

Laboratoire L'Oasis d'analyses biomédicales. Inscription Ordre des médecins Casa : 22074  
4, Bd Abderrahim Bouabib. Quartier L'Oasis. 20035 Casablanca Téléphone. 0661100425

Casablanca le samedi 18 septembre 20 Monsieur BENMOUSSA MED KAMIL

FACTURE N°	1838	
Analyses :		
RT PCR Sars Cov-2 -----	B 299	Total : B 299
TOTAL DOSSIER		400,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cents Dirhams

Dr Farid HAKKOU  
LabOasis Laboratoire d'Analyses Biomédicales  
4, Bd Abderrahim Bouabib et Angle Rue Bir  
Hakim, Oasis - Casablanca 20410 - Maroc  
Tél. : 0522 25 48 98 - Mobile : 0661 10 04 25