

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## rmacie :

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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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 79 18 - www.n.mupras.com



2

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0032156

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1432

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAHIR MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : 7 PLACE BELAIR CASABLANCA

Tél. : 0661216693

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/10/2021

Nom et prénom du malade : SAOUI LATIFA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : fracture de la main

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/11/2021

# RELEVÉ 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
14/10/21	CA		G	

# 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
	14/10/21	2 Ra	409,00 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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 GRANE Abdeljalil**

Chirurgien

Spécialiste en Traumato-orthopédie

Ex. Médecin Chef du Service

de Traumatologie CHR Béni-Mellal

Arthroscopie - Chirurgie Prothétique

Echo Ostéo Articulaire - Traumatologie du sport

Ex. Médecin interne au CHU de Nîmes

et CHR de Vienne 38 en France



**الدكتور گران عبد الجليل**

أخصائي

جراحة العظام وتقويم المفاصل

رئيس قسم جراحة العظام سابقا

بالمستشفى الجهوي بني ملال

الجراحة بالمنظار - جراحة الروماتيزم

الكشف بالصدى - رضوض الرياضة

طبيب سابقا بمستشفيات نيم وفييان 38 بفرنسا



091037150

Béni Mellal, le : ..... 11 / 10 / 21 ..... بني ملال، في :

## COMPTE- RENDU RADIOLOGIQUE

SAOUI LATIFA

Rx des 2 poignets F/P

Amble Rx. fresh  
des ext. inf. Radior.

CACHET ET SIGNATURE

Docteur GRANE Abdeljalil  
Chirurgien Spécialiste  
en traumatologie orthopédique  
4, Rue Smara, Quartier Moderne  
Béni Mellal 34000  
Tél : 06.61.30.33.88

4, Rue Smara, Quartier Moderne, Béni Mellal بني ملال ، الحي العصري ، 4, زنقة السمارة ،

الهاتف : 05.23.42.30.70

Email : grane01@gmail.com

المستعجلات : 06.61.30.33.88 Urgence

Docteur GRANE Abdeljalil

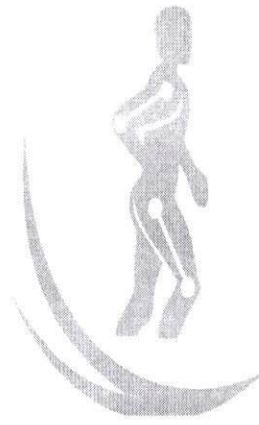
Chirurgien

Spécialiste en Traumato-orthopédie

Ex. Médecin Chef

du service de traumatologie

CHR Béni-Mellal



الدكتور گران عبد الجليل

أخصائي

جراحة العظام وتقويم المفاصل

رئيس قسم جراحة العظام سابقا

بالمستشفى الجهوي بني ملال

Béni Mellal : 14/10/2021

FACTURE

Nom & Prénom : **SAOUI LATIFA**

Rx des 2 poignets	400.00
	400.00 DH

ARRETEZ LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE QUATRE CENT DIRHAMS.

ICE : 001639970000049

Docteur GRANE Abdeljalil  
Chirurgien Spécialiste  
en traumatologie orthopédique  
4, Rue Smara, Quartier Moderne  
Tél : 05.23.42.30.70 / Béni-Mellal

Signe

4, Rue Smara, Quartier Moderne , Béni Mellal

Tél/Fax : 05.23.42.30.70 :الهاتف/الفاكس

Email : grane01@gmail.com

4 , زنقة السمارة, الحي العصري , بني ملال

urgence :06.61.30.33.88