

# 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.

## ologie 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.

## ique :

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.

## 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.

## ladie 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0034359

100390

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1109 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JAMALI Said

Date de naissance :

01/05/1952

Adresse :

Berechib

Tél. 06 64 55 90 80

Total des frais engagés : 6715,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16/11/2021

Nom et prénom du malade :

Jamali said

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète, Insulino-dépendant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

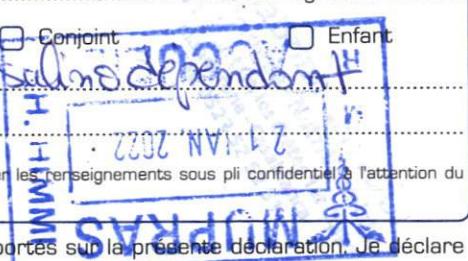
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



#### **BELEVE 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
16/11/2022		0	26000 1 DT	<i>[Handwritten signature over stamp]</i>
14/12/2022		Cont d		<i>[Handwritten signature over stamp]</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/12/21	6465,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

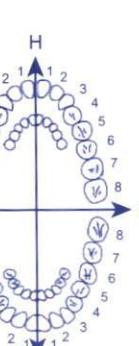
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td></td><td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td> </tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td> </tr> </table>		H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sabrine CHTIOUI  
Omnipraticienne



Diplôme universitaire en diabétologie  
Diplôme universitaire en nutrition et diététique  
Diplôme universitaire d'échographie générale  
Electrocardiogramme (ECG)  
Mésothérapie - Acupuncture, Auriculothérapie  
Diplôme en Hypnose Médical et Homéopathie  
Université de Médecine Paris XIII

الدكتورة صبرين الشتيوي  
خريجة كلية الطب

دبلوم جامعي في علاج داء السكري  
دبلوم جامعي في التغذية و الحمية الصحية  
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب  
الميزوثيرابي - الوخز بالإبر الصينية  
دبلوم في التنويم المغناطيسي و الهميوبياني  
كلية الطب بباريس XIII

14/12/2021  
S.V.

Casablanca le :

Hormeli Said:



744,00 x 3  
- lantus

S.V.

571,4  
581,2  
647,1

Novorapid



140,00

S.V.

24. litres x 3x1 i lot 3110ss

6465,00

LOT: 210831  
PER: 01-2024  
PPV: 140,00 DH