

# ECOMMANDEMENTS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ons 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.

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.

## **phacie :**

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.

## **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.

## **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- 0036475

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 6497

Société : RAM

107252

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : KARSOUS

Yahya

Date de naissance : 03 / 02 / 61

Adresse : Tissir E. N° 25 Rue N. Benedictus

Tél. : 0668081309

Total des frais engagés : 35.000,00 Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Professeur A. REFAE**  
Chirurgie et Traumatologie  
Orthopédie Pédiatriques  
237, Boulevard Saïd Ben Abdellah - Casablanca  
Tél. : 06 22 94 20 00 - Fax : 05 22 94 20 09  
E-mail : a.refae@gmail.com

Date de consultation : 09 MARS 2022

Nom et prénom du malade : KARSOUS Yahya

Age :

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

Cyphose thoracique

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 : 8eme étage

Le : 10/03/22

Signature de l'adhérent(e) :

Yahya



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Deus</i>  Medicpro L'aptitude professionnelle	05-03 2022	Corset	ant	Cyphose		9.5000
Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél : 05 22 27 03 55 - Fax : 05 22 20 38 53 E-mail : medic.proB@gmail.com						

## 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

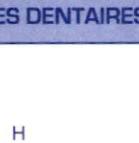
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000

35533411 11433553  
**R**

(Création, remont, adjonction)

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
		<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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		G		B		MONTANTS DES SOINS	
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
00000000 00000000																					
35533411 11433553																					
G																					
B																					
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>						DATE DU DEVIS															



الدكتور عبد الوهاب الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie  
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca, le 09 MARS 2022

KARSOUS Yassine

Cyphose thoracique

Corset anti - Cyphose



Professeur A. REFASS  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
PEDIATRIQUE

Tél. : 0522.94.20.00 - 0522.25.95.98

ICE : 001679391000063 - INPE : 091119495

56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des îles - Espace Bureaux Oasis - 5ème étage - Casablanca

Tél. : 0522.942.000 / 0522.259.598 / 0661.160.2027 / 0667.848.386 - E-mail : a.refass@gmail.com

50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca  
Tél. : 0522.231.818 (8 LG) - 0661.667.356 - 0661.400.011 - Fax : 0522.235.028

Pour : Karsous Yahya

Devis n°239/2022

le 09/03/2022

Suite à votre demande de prix, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-après notre meilleure offre de prix

Désignation	Quantité	Prix unitaire HT en DH	Montant en HT DH
Corset anti cyphose	1	9 500,00	<b>9 500,00</b>
Montant total HT			<b>9 500,00</b>
Montant total TVA 0%			<b>0(*)DH</b>
Montant total TTC			<b>9 500,00</b>

Arreté le presence devis à la somme de neuf mille cinq cent dirhams HT

**Direction**


  
 38, Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux - Casa
   
 Tél : 05 22 27 03 55 - Fax : 05 22 20 38 53
   
 E-mail : medic.pro3@gmail.com