

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIKE 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.

N° W21-727333

*R.M. Compt*

13934

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9261

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ould Chadiq - F - 2

Date de naissance :

1969-03-08

Adresse :

32 Ave Rabi BABAT

Tél. : 0615272304

Total des frais engagés :

500 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BOUAZIZ SMAÏL  
Omnipraticien  
Dr. Hassan II, Bouznika  
Tel.: 05 37 64 99 00

Date de consultation :

19/10/22

Nom et prénom du malade :

OULD CHADIA Fatima

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

*Ben Abdellah*

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) :

*Ould Chadiq*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-727333

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



Date de dépôt :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

**VIOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2"></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></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 colspan="2"></td> <td>B</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000				G	00000000	00000000		35533411	11433553				B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
		B																							
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																									

**Docteur BOUAZIZ Smail**  
Omnipraticien



**الدكتور بوعزيز إسماعيل**  
**طبيب عام**

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

- Ex-Médecin des FAR (Service Militaire)
- Certificat universitaire d'échographie Générale
- Faculté de médecine de Marrakech
- Certificat universitaire de gynécologie médicale
- + Suivi de grossesse
- Faculté de médecine de Casablanca
- Diplôme d'université Option: Fertilité-Stérilité
- Faculté de médecine de Rabat
- Diplôme universitaire en diabétologie et nutrition
- Université de Bordeaux - France
- Diplôme Universitaire en Médecine du Travail et Santé Environnementale
- Université de Bordeaux
- ECG

- خريج كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيب سائق بالقوات المسلحة الملكية (الخدمة العسكرية)
- شهادة جامعية في الفحص بالصدى العام
- كلية الطب بمراكش
- شهادة جامعية في أمراض النساء + تباعي الحمل
- كلية الطب بالدار البيضاء
- دبلوم جامعي في تخصص الخصوبة - العقم
- كلية الطب برباط
- دبلوم جامعي لعلاج السكري والتغذية
- كلية الطب بيوردو - فرنسا
- دبلوم جامعي في طب الشفاف
- كلية الطب بيوردو - فرنسا
- التخطيط القلبي

**Ordonnance**

Bouznika, Le: ..... 19 / 10 / 2011 ..... بوزنيقة، في :

Nom & Prénom: ..... Dr. BOUAZIZ Smail ..... فاتحة بوعزيز إسماعيل

Father  
Zain

(y) Prescrito 7  
30/10/2011  
Dr. Bouaziz Smail  
Bouznika - Maroc  
- Val

Dr. BOUAZIZ SMAIL  
Omnipraticien  
Hassan II, Bouznika  
Bd. Hassan II, Bouznika  
Tél.: 0537 64 99 00