

# 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.

**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)

246964

**Déclaration de Maladie : N° S19-0000380**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5346

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOULA Ti'F MOSTAFA

Date de naissance : 16-02-62

Adresse : mom

Tél. : 0661 86 38 59

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/1/2023

Nom et prénom du malade : Hind Noulef Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Afec... gynécol... Age :

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.

27 JAN. 2023

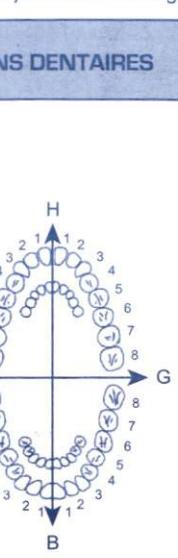
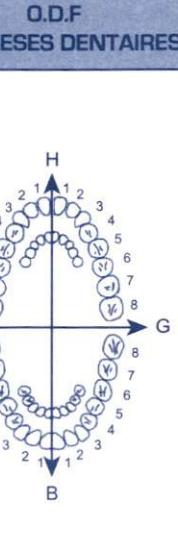
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 19/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : J. B.

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
17 JIN 2023	1	Coef 2 x 100000	200000	DR Bissar Spécialiste en gynécologie et anass.N°29 hay a waia 816 med zefzaf attacharou k msa221 18620358447 Hjw

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/01/23	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																																																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					<b>Nature des Soins</b> <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					<b>Coefficient</b> <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					<b>Coefficient des travaux</b>
<b>Montants des soins</b>																																																																
<b>Début d'exécution</b>																																																																
<b>Fin d'exécution</b>																																																																
<b>Coefficient des travaux</b>																																																																
<b>Montants des soins</b>																																																																
<b>Date du devis</b>																																																																
<b>Date de l'exécution</b>																																																																
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 																																																																
<b>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553																																													
H		G																																																														
25533412	21433552	00000000	00000000																																																													
D		B																																																														
00000000	00000000	35533411	11433553																																																													
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																																																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																																																																

**Dr. Ouafidi Btissam**

**Spécialiste en Gynécologie Obstétrique**

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien médecin résident du CHU Ibn Rochd

Diplômée en Echographie Gynécologique et

Obstétricale de l'université de Paris

Diplômée en colposcopie et pathologie

cervico - vaginale (Fes)



الدكتورة وفيدي إيتسام

أخصائية أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

دبلوم الفحص بالصدى جامعة باريس

دبلوم الفحص بالمجهر لعنق الرحم

(كلية الطب فاس)

Casablanca le: 17 JAN. 2023

**ORDONNANCE**

714 Hind noulatif

84,90 x 3

✓ Duphaston 10g

254,70



a-521  
a-348



N°29, Angle Bd. Mohamed zefzaf et Bd. Abdellah Ibrahim  
Residence Anass hay al walaa Etg1 Appt 5,  
attacharouk, Casablanca.

Uraence:06 44 34 19 16/Fixe:05 20 35 88 47/ Email:btissamouafidi2@mail.com