

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-788556



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8871

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHERKAOUI

Amina

A 66611

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 215748

Total des frais engagés : 2100,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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

Le : 16/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

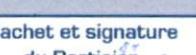
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07 JUIN 2012	S		400,00	 <b>PROFESSEUR A. BÉLAÏD</b> <b>TRAUMATO ORTHOPÉDIE</b> <b>PEDIATRIQUE</b> 0522 23 20 80 - 0522 25 95 INPE-U33

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
	16.6.23	1 paire de Serre-jambes en fléxoplast				1700 DH	

#### **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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

## CHERKAOUI AMINA

De: PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>  
Envoyé: mardi 27 juin 2023 12:16  
À: CHERKAOUI AMINA  
Objet: acc

Bonjour .

N° Dossier: 166611

N° Dossier externe: ACC-08871-27/06/2023

Type de dossier: Autres

Bénéficiaire: BOUSSELHAM JAD

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 27-06-2023

Date de fin: 27-06-2023

Date de saisie: 27-06-2023

Événement:

### Commentaires pour l'édition

Ajouter

### Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
27-06-2023	Manuel	OK PEC SEMELLES ORTHOP



07 JUIN 2013

Bousselham Tad

Tolammete de 12 mm pour  
pro' gauche.

Mouna BEN YOUSSEF  
ORTHOPÉDIQUE  
4. Rue Abderrahim Bouabid - Casablanca  
Tél. 0522.99.17.97

Professeur A. REFASS  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
PEDIATRIQUE  
Tél. 0522.94.20.00 - 0522.25.95.08  
00063 - INPE: 0522.25.95.08

Cabinet : 56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bureaux Oasis - 5ème étage - Casablanca  
Tél. : 0522.942.000 / 0522.942.009 / 0522.259.598 / 0661.160.202 / 0667.848.386 - E-mail : a.refass@gmail.com

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



Semelles Orthopédiques  
Pédicure Médicale  
Traitement laser  
Posturologie

Mouna Ben Mokhtar-Oechsel

PODOLOGUE

Diplômée de L'EFOM Paris

Casablanca, le: 23.05.23

JAD

BOUSSIELHAM

Honoraires

1 paine de Semelles

orthopédiques

1700 DH

Mouna Ben Mokhtar  
PODOLOGUE  
4, Rue Al Kassar Maârif - Casablanca  
Tél: 05 22 99 17 97

4, Rue Al Kassar - Maârif - Casablanca

Tél: +212 5 22 99 17 97

Email: podologiebenmokhtar@gmail.com