

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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



**Déclaration de Maladie**  
M23-0019555

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10530 Société : R.A.M. ND 189425  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ASRI Mohamed.  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Docteur Karim EZAIDI**  
 Chirurgien Traumatologue - Orthopédiste  
 Bd.HH24 - Lot. Moulay Thami N°141  
 Rond Point Georges, 1<sup>er</sup> étage - App't 5  
 El Oulfa - CASABLANCA  
 Tél. 05 22 69 90 93 - INPE 091216432

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 01/04/2019  
 Nom et prénom du malade : ASRI SAMI. Age: 16 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : P.S. phlébo + Myélocat  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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
01/11/23	CS		300,-	Docteur Karim EZAIDI Chirurgien Traumatologue - Orthopédiste Bd.HH24 - Lot. Moulay Thami N°141 Rond Point Georges, 1 <sup>er</sup> étage - Appt 5 El Oudfa - CASABLANCA Tél. 05 22 90 90 93 - INPE. 09121643

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur Karim EZAIDI Chirurgien Traumatologue - Orthopédiste Bd.HH24 - Lot. Moulay Thami N°141 Rond Point Georges, 1 <sup>er</sup> étage - Appt 5 El Oudfa - CASABLANCA Tél. 05 22 90 90 93 - INPE. 09121643	01/11/23	RX	300,-

# AUXILIAIRES MEDICAUX

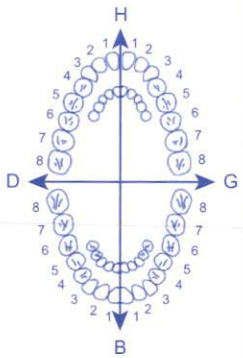
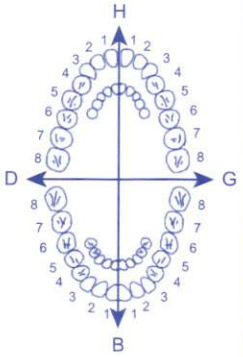
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Karim EZAIDI**

Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste



**الدكتور كريم الزايدى**

أخصائي في جراحة العظام و المفاصل

**Ordonnance**

Casablanca, le : .....

**CASABLANCA** LE 01/11/2023

**FACTURE N 0635/2023**

**M ASRI SAMI**

Consultation	300DH
Radiographie	300DH

**Total 600DH**

**La présente facture est arrêtée à la somme**

**SIX CENT DH**

**Docteur Karim EZAIDI**  
Chirurgien Traumatologue - Orthopédiste  
Bd. HH24 - Lot. Moulay Thami N° 141  
Rond Point Georges, 1<sup>er</sup> étage - Appt 5  
El Oulfa - CASABLANCA  
Tel. 05 22 90 90 93 - INPE: 091216432

**Docteur Karim EZAIDI**

Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste



**الدكتور كريم الزايدى**

أخصائي في جراحة العظام و المفاصل

**Ordonnance**

Casablanca, le : .....

**CASABLANCA 01/11/2023**

**COMPTE-RENDU RADIOGRAPHIE**

**M ASRI SAMI**

**Incidence : \* RACHIS CERVICAL DE FACE+PROFIL**

**\*LES DEUX CHEVILLES DE PROFIL**

*pas de lésion*

*VS*

**Docteur Karim EZAIDI**  
Chirurgien Traumatologue - Orthopédiste  
Bd. HH24 - Lot. Moulay Thami N°141  
Rond Point Georges, 1<sup>er</sup> étage - Appt 5  
El Oulfa - CASABLANCA  
Tel. 05 22 90 90 93 - INPE. 091216432