

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

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 : N° P19-0017737

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **00 996**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BONKHARTA FATIMA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0017737

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).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des		
DROITE	GAUCHE				<input type="text"/>	<input type="text"/>	
					<b>MONTANT DES SOINS</b>		
					<input type="text"/>		
					<b>DÉBUT D'EXÉCUTION</b>		
					<input type="text"/>		
					<b>FIN D'EXÉCUTION</b>		
					<input type="text"/>		
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>		
					<input type="text"/>		
					<b>MONTANT DES SOINS</b>		
					<input type="text"/>		
					<b>DATE DU DEVIS</b>		
					<input type="text"/>		
					<b>FIN DE</b>		
<b>ODF.</b> Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire					
DROITE		H	25533412 00000000	21433552 00000000	GAUCHE		
GAUCHE		D	00000000	00000000	DROITE		
		G	35533411	11433553			
			(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				



W18-399079

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 996

Nom & Prénom BOUKNART A Fatima

Fonction :  Phones. 0661336080

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age

L'Adhérente Date 10/05/19

Date 1ère visite

Traitement de 3 mois Noir

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

L'ordonnance du 14/02/19

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE	Date
	10/05/2019

Montant de la facture 326,80

PHARMACIE EL BIDINE  
Route d'Al Hoceima 1011  
Dar Bouazza  
Tel 0524 20037

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

ACCUEIL  
JUL 2019

**Docteur Saïd RAMY**  
**Spécialiste**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Clermont Ferrand (France)

Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de France

Enseignant à la haute Ecole de Kinésithérapie (H.E.K)

**Rhumatologue**

Maladies des Os, Articulations, Muscles et  
 Colonne Vertébrale  
 Radiologie Osseuse



**الدكتور سعيد الرامي**

إختصاصي

خريج كلية الطب بكيلرمون فيران فرنسا

طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

أستاذ بالمدرسة العليا

للترويض الطبي

أمراض الروماتيزم

العظام المفاصل العضلات

العمود الفقري والرجل

الفحص بالأشعة

Casablanca, le 14/12/2010

1<sup>er</sup> visite facture

- Nerven 25: 1<sup>er</sup> au couchage 3 nrs

21/12 \* cortenecyl 5 mg 2<sup>eme</sup> mat 3 nrs S.V.

79,00 \* RAVIVA 15 mg, 1<sup>er</sup> le m<sup>in</sup> au réveil  
 du repas 20<sup>0</sup>/min 3 nrs S.V.

42,50 \* Kalert 20: 1<sup>er</sup> gel 1/2 S.B. nrs S.V.

183,00 \* Elenstone: 1<sup>er</sup> gel 1/2 S.V. 3 nrs S.V.

326,80

PHARMACIE EL ABBIDINE  
 Route d'Azrou Km 11  
 Dar Bouazza Casablanca  
 Tel 022 29 03 71

Dr. Said RAMY  
 RHUMATOLOGUE  
 39, Rue Smar Slaoui Casablanca  
 Tél: 0522.26.68.78

22,80

LDT 181037  
 EXP 02/2021  
 PPV 42.00 DH

Lot:  
 01/21 F110C  
 F.P.C.  
 183.00 DH

GSM : 0661 42 78 23

05 22 26 68 78 - الهاتف - العنوان: قم 6 المكان التحاء، نفقه، الطاعة، الثان - 39