

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## 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.

## Prothèse 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

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- 0038575

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3103 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : HAMDOUN M. HAMMED

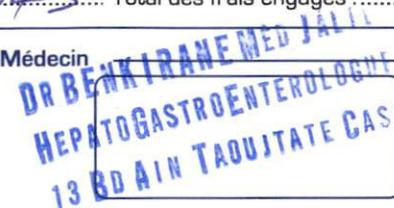
Date de naissance : 4/4/1956

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0664684943 Total des frais engagés : 1031 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/09/2019

Nom et prénom du malade : MR HAMDOUN M. HAMMED Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Hémodiálise

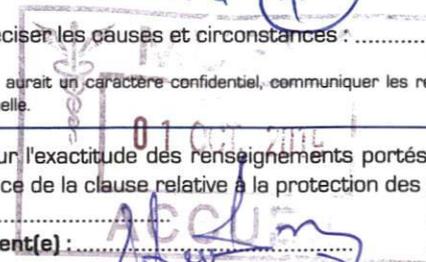
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 02/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



### 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
2.9.14	S			<i>[Signature]</i>

DR BENI TRANE  
HEPATO GASTRO ENCEPHALOPATHIE  
M. BOUAIN TRAITATEUR

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	02.09.14	181,00

Pharmacie de l'Oasis  
Mme. R. LAHOUBATEL  
64, Boulevard A. Bouadid - Oasis  
Tél. : 05 22 25 39 74

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i>	2/09/14	120 + 8450	85000

Laboratoire de Pathologie  
Rahal El Meskini - Casablanca  
Tél. : 05 22 54 01 93

### 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 canalaires, ainsi que le bilan d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



Casablanca, le 02/09/2019

Mr HANOUAN MAHAED

S.V

102,00

Amlex 20

1/4 Apel de Meric 20mg x 10j

79,00

2/ Loxiflone (S.V)

4x 10j

181,00

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ  
LOT: 18304  
PER: 04-2021  
PPU: 102,00 DH

Lot: MF10/18  
Ul. Av: 10/21  
P.P.C  
79.00 DH

Pharmacie de l'Oasis  
Mme. R. LAHLOU EL KATEB  
64, Boulevard A. Bouabid - Oasis  
Tél. : 05 22 25 39 74

Dr. BENKIRANE MED JALIL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
14 Bd. Ain Taoujtate - Casablanca  
Tél: 0522 27 03 55



# Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr. Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Nom & prénom : **HAMDOUN M'hammed**

**FACTURE** N° : 19/1410

**DATE** : 02/09/2019

Désignation	Cotation	Montant
Biopsies simples	320P	350,00
Polype	450P	500,00
	<b>Total Cotation</b>	<b>Total Montant</b>
		850,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

HUIT CENT CINQUANTE DIRHAMS





Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques

Dr Meryem Cherkaoui

59, Bd Rahal El Meskini - 3è Etage - Casablanca

Tél : 05 22 54 01 93 - Fax : 05 22 44 78 02

E-mail : patholab6@hotmail.fr - TP: 34 30 38 49

**Reçu**

Date : 02/09/19

Réf. : 19H1308

Lieu Envoi : Cabinet médical

Nom & prénom : Mr **HAMDOUN** M'hammed

Nature du prélèvement : Biopsie + polype



Reception : Le 02/09/19 A 10H56

Résultat Prévu : Le 06/09/19 A 17H30

Montant : 850,00

Payé : 850,00

Reste :