

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

## **Informations 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.

## **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.

## **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

## **Déclaration de Maladie : N° S19-0000999**

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : RA 11875 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Moustahsine Tibari Date de naissance : 16/06/68

Adresse :

Tél. : 06 78 91 70 70 Total des frais engagés : 271,65 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/09/2019

Nom et prénom du malade : Dr. S. OTHMANI Khadija Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Rhumatisme

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 : 07/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :



## **BELIEVE 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
16/09/2014	Consultation	-	120,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

**REVEAL SARL**  
Cabinet du Pharmacien  
du Peintisseur  
**PHARMACIE CHIFA**  
**M.TAHIRI HASSANI**  
10 Ave. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
0522 90 32 63. - Fax : 0522 90 46 04

Date	Montant de la Facture
16/09/2019	151,65

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

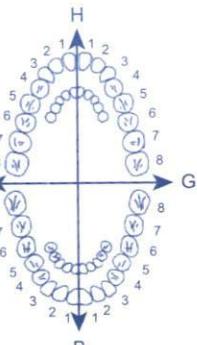
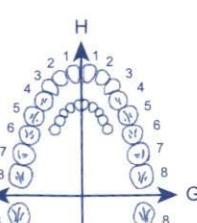
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Docteur Sif El Islam OTHMANI**  
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE MONTPELLIER

MEDECINE GENERALE

HAY HASSANI

CASABLANCA 02

TEL. : 05 22 93 88 63

INPE: 091116046

الدكتور سيف الاسلام عثمانى

خريج كلية منتبولي

الطب العام

الحي المحسني

الدار البيضاء 02

الهاتف : 05 22 93 88 63

Dacei  
Khodja

Casablanca, le

16/9/15 20

35,3-

1) Buffer 400

16,40

14 x 3 -

2) Selegiline

30,00

14 x 3

3) Sedys 7 fl

69,95

1 fl le mard 14

4) Nyorel

10 fl / x

151,65

Dr. S. OTHMANI  
MEDECINE GENERALE  
Bd. Afghanistan - Hay Hassani  
Casablanca  
Tel: 0522 41

REVEAL SARL  
PHARMACIE CHIFA  
TAHIRI HASSANI  
Bd. Afghanistan - Casablanca  
Tel: 0522 90 46 04

REVEAL SARL  
PHARMACIE CHIFA  
TAHIRI HASSANI  
Bd. Afghanistan - Casablanca  
Tel: 0522 90 46 04

*35,30*

**SEDERGINE**

PPV 16DH/10  
EXP 05/2022  
LOT 92046 1

LOT 190462  
EXP 08/2021  
PPV 30.00 DH

de la crème sur les muqueuses et sur les plaies.

1. LOT:1810  
EXP:10/2021  
PPC: 69.95 DH



7 640114 911293