

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

## soins 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.

Une 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.

## Education :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7086 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JEMEL HASSAM

Date de naissance : 6. 01. 57

Adresse : El wafa 14 297 DÉPÔT

Tél. : 0662 13 50 66 Total des frais engagés : 158 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25. 08. 2019

Nom et prénom du malade : JEMEL HASSAM

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affect urologique

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 : DEPOUT Le : 20 / 02 / 19

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

## 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
29/08/2013	62		200.00	Abdellah LAROUFI Jurisien Lycée Casablanca TEL: 0522 83 37 86

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	25/05/1988	937,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chirurgien Urologue

Maladies et chirurgie des Reins, des Voies  
Urinaires et Génitales

Exploitations et Chirurgie Endoscopique

Impuissance Sexuellement et Stérilité Masculine

Maladies Sexuellement Transmissibles

Circoncision et Enuresie chez l'enfant

Echographie

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires

طبيب مختص في :  
أمراض وجراحة الكلي المسالك البولية  
والتناسلية

فحص وجراحة المسالك البولية بالمنظار

العقم والعجز الجنسي عند الرجل

الامراض التناسلية

الختان والتبيول الارادي عند الطفل

الفحص بالصدى الصوتي

جراح اختصاصي سابق بالمستشفيات العسكرية

Casablanca Le :

29/08/2015

Dr. Abdellah LAKMAL  
Chirurgien Urologue  
291 Bd Hassan II  
Casablanca  
Tél: 0522 22 30 44Dr. Abdellah LAKMAL  
Chirurgien Urologue  
291 Bd Hassan II  
Casablanca  
Tél: 0522 22 30 44- Flotrel v no 4 345  
- 3x 153,30un 1T le vi 2  
3 mois

153,30

3x 153,30  
beru-xon gel  
gel x 2

G 05380



153,30

153,30

PPV: 159DH30

PPV: 159DH30

PPV: 159DH30

شارع الفداء 11  
Casablanca