

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## que :

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

## ducation :

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.

## aire :

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.

## die 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

Reclamation : 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° S19-0018336

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0258 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MERNISSI DRiss Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522367554 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age : .....



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) :

## 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 travaux	
					<b>Montant des soins</b>	
					<b>Début d'exécution</b>	
					<b>Fin d'exécution</b>	
					<b>Montant des soins</b>	
					<b>Date du devis</b>	
					<b>Fin de</b>	
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire				
		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553			
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-389931	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-389931

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 0258

Nom & Prénom MERNASSI DRASS

Fonction RETRAITÉ Phones 0522 36 25 54

Mail ✓

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 79 ans Date 18/10/19

Nature de la maladie

Date 1ère visite

*perte de substance molar inférieure  
orthopédie*

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>griffe cutané</i>		<i>8000,00 dh</i>

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honora

AM

PC

IM

IV



# مصحة العبادي

## CLINIQUE ABBADI

Casablanca, Le .....

**18/10/2019**

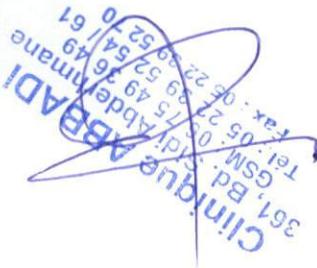
### **FACTURE N°1810/019**

**BENEFICIAIRE** : MR MERNISSI DRISS

**INTERVENTION** : GREFFES CUTANEE DE PEAU MEMBRE INFERIEURS.

**MONTANT** : .....**8000.00 DHS**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE HUIT MILLE DIRHAMS.**



**18/10/2019**

**COMPTE RENDU OPERATOIRE**

**MR MERNISSI DRISS**

**TITRE** : PERTE DE SUBSTANCE CUTANEE MEMBRES INFERIEURS.

**INTERVENTION** : GREFFE CUTANEE DE PERTE DE SUBSTANCE.

Patient admis au bloc sous sédation, installation en décubitus dorsal  
Le geste a consisté à la réalisation d'une greffe cutanée de perte de substance siégeant au niveau :face palmaire du gros orteil pied droit , le talon, face externe pied droit .  
Zone donneuse :face antérieure de la cuisse gauche, le prélèvement est obtenu par l'utilisation du dermatome padget épaisseur 8/1000 inch.  
Fixation du greffon sur la zone donneuse avec des agrafes et réalisation d'un pansement à base de topique ATB

Docteur EL ABBADI Saad  
CHIRURGIEN  
Cardiaque et Vasculaire  
361 BP 54 Sidi Abderhmane  
Tel.: 0522 33 67 54/61 Fax: 0522 30 62 70