

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie : N° P19-0007427

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6543 Société : R A M  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : EX RAM  
 Nom & Prénom : AJAKA KARIMA Date de naissance :  
 Adresse : 201 Route el JADIDA CASA  
 Tél. : 06 61 43 6472 Total des frais engagés : 500 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BOUTAIB BENSARI Latifa  
 Rhumatologue - Ostéopathe  
 283, Bd. Med. Zerkouni - Casablanca  
 Tél. : 05 22 39 99 57  
 Date de consultation : 25 SEPT 2019  
 Nom et prénom du malade : NO AJAKA Karima Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : de l'oreille par l'oreille  
 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 : CASA Le : 28/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
25 SEPT 2019	CA		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25 SEPT 2019	med dg	200,00

# 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>				DEBUT D'EXECUTION
<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				MONTANTS DES SOINS
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Latifa BOUTAIB BEN SARI**

**RHUMATOLOGUE**

*Spécialiste des Maladies des OS  
et des Articulations*

*Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Marseille  
(France)*



**الركنورة لطيفة بوطيب بن صاري**

إختصاصية في أمراض العظام  
و المفاصل (الروماتيزم)  
خريجة كلية الطب بمرسيليا  
(بفرنسا)

Casablanca, le **25 SEPT 2019**

الدار البيضاء في

## **RADIOGRAPHIE**

N° AJAKA Kauma

Traho fed d'au Fracl  
malleal dot

fu lo imhali fed d'r

**Dr. BOUTAIB BENSARI Latifa**  
Rhumatologue - Ostéopathe  
283, Bd. Med. Zerkouni - Casablanca  
Tél: 05 22 39 99 57

**Dr. Latifa BOUTAIB BEN SARI**

RHUMATOLOGUE

*Spécialiste des Maladies des OS  
et des Articulations*

*Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Marseille  
(France)*



الدرتورة لطيفة بوتيب بن ساري

إختصاصية في أمراض العظام

و المفاصل (الروماتيزم)

خريجة كلية الطب بمرسيليا

(بفرنسا)

25 SEPT 2019

Date : \_\_\_\_\_

## FACTURE

Nom et Prénom : N: AJAKA KARINA

- Consultation Spécialisée Côtée C2 = 300,00

- Radiographie Côtée Z 20 X 1 = 200,00

- Infiltration articulaire côté K 10 = ✓

Arrêter la Facture à la Somme de : 500,00 Dht

**Dr. BOUTAIB BENSARI Latifa**  
Rhumatologue - Ostéopathe  
283, Bd. Med. Zerkouni - Casablanca  
Tél: 05 22 39 99 57

**Docteur Latifa Boutaib Bensari**

**RHUMATOLOGUE**

**283, BD Mohamed Zerktouni**

**CASABLANCA**

**COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE**

NOM ET PRENOM : Mme AJAKA KARIMA

DATE: 25/ 09 /2019.

RADIOGRAPHIE : PIEDT DT F.

**RESULTAT :**

Fracture de la malleole externe pied droit en voie de consolidation.

**DOCTEUR BOUTAIB LATIFA**

*Dr. BOUTAIB BENSARI Latifa*  
*Rhumatologue - Ostéopathe*  
*283, Bd. Med. Zerktouni - Casablanca*  
*Tél: 05 22 39 99 57*