

# 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## ique :

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.

## taire :

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.

## adie 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 caractére 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

Nº P19-0036413

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 053 (953) Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_  
Nom & Prénom : RAKHA GUL  
Date de naissance : 16-7-45  
Adresse : Houy 2 HAVR 8m 22 10 81  
Tél. : 0661480824 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  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 : MAPS Le : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : ABDALLAH



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE HAYEK KAKA SAN 50-5-110 Missimi Rue Hayek Hayek 05 29 03 22</i>	16/11/79	T = 1050,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

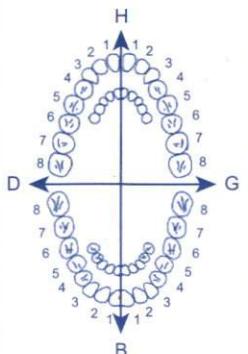
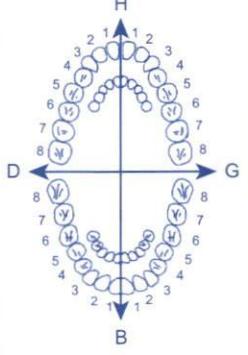
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient				
							
							
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H 25533412 00000000</td> <td>G 21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000 35533411</td> <td>B 00000000 11433553</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000						
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553						
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <b>DATE DU DEVIS</b> <b>DATE DE L'EXECUTION</b>							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION							

**Dr. Mohamed AJOUBY**

**NEPHROLOGUE**

**Spécialiste des Maladies du Rein**

**& Voies Urinaires**

**HEMODIALYSE**

**Expert Assermenté auprès des Tribunaux**

الدكتور محمد عجوبي  
 إختصاصي في أمراض الكلية  
 الكلية الإجتماعية  
 خبير ملحق لدى المحاكم

Dr. Mohamed AJOUBY  
 Nephrologue  
 Malades du Rein des Voies Urinaires  
 Hemodialyse  
 Expert assermenté auprès des Tribunaux  
 Abou Bakr Mohamed Ibn Zouhair  
 Casablanca - 30220  
 Quartier des Hôpitaux

Casablanca, le : 16/01/2019

AAI LAMAAGAR 2a Pro

$$350,00 \times 3 = 1050,00$$

Mixtard 30 : 100 UI/ml

25 UI le matin

30. UI le matin

Mixtard® 30 Penfill®  
 100U/ml  
 Suspension injectable  
 5 cartouches de 3ml  
 PPV : 350 DH



8-0267-73-230-1

Mixtard® 30 Penfill®  
 100U/ml  
 Suspension injectable  
 5 cartouches de 3ml  
 PPV : 350 DH



8-0267-73-230-1

Mixtard® 30 Penfill®  
 100U/ml  
 Suspension injectable  
 5 cartouches de 3ml  
 PPV : 350 DH



8-0267-73-230-1

Centre Hemodialyse Privé IBN R  
 Docteur Mohamed AJOUBY

NEPHROLOGUE  
 3, Rue Abou Bakr Mohamed Ibn Zouhair  
 Quartier des Hôpitaux Casablanca  
 Tél. : 05 22 26 20 50 - Fax : 05 22 27 87 89

PHARMACEUTIQUE  
 Dr. AKOUY KARIM  
 50-52, Lot 3 Massini Rue 2  
 Hay Hassani - Casablanca  
 Tel. : 05 22 90 35 22

3, rue Abou Baker Mohamed Ibn Zouhair, Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél. : 05 22 26 20 50 - Fax : 05 22 99 28 01 - Patente : 36315420 - CNSS : 6344874 - INP : 0900074 / 41015