

## 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.

### Radiologie 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 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 3 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  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-409240

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2572 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Conjoint

Nom & Prénom : FEU HAYDI BOJABID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0674456542 Total des frais engagés : 700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14.06.2019

Nom et prénom du malade : MOUKHREFF NADAT Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Troubles digestifs

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.

Je déclare l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare sous peine relative à la protection des données personnelles.

Le : / /

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du M attestant le Paiement de
14.6.19	G	1	G	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

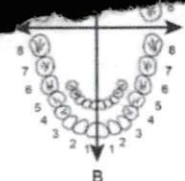
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14.6.19	B1010	700 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

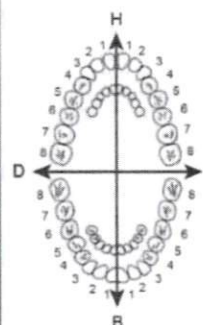
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Salim BOUAYAD**

Ancien Interne des Hôpitaux du Maroc

SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGUE

MALADIES DE L'ESTOMAC, INTESTINS

ET FOIE, HEMORROIDES



**الدكتور سليم بوعياض**

داخلي مستشفيات المغرب سابقا

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

أمراض المعد و الأمعاء و الكبد والبواسير

**UREA BREATH TEST ANALYSIS**  
**HELICOSENSE SCIENTIFIC**

**Nom et Prénom: MOUKHRIF NAJAT**

**Date de naissance: 30/06/1959**

**Visite N° : 1**

**Date : 14/06/2019**

II	1.05
C1	0.93
C2	0.98

**Infection index meaning:**

0 - 1.0 - negative

1.01 - 1.10 - slightly positive

1.11 and higher - positive

**RESULTAT DU TEST RESPIRATOIRE: POSITIVE**

Dr Salim BOUAYAD  
الاستاذ الدكتور سليم بوعياض  
اختصاصي أمراض الجهاز الهضمي  
Spécialiste en Gastro-Enterologie  
كلية الطب - جامعة محمد السادس  
الطابق الرابع - جناح 40

**Docteur Salim BOUAYAD**

Ancien Interne des Hôpitaux du Maroc

**SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGUE  
MALADIES DE L'ESTOMAC, INTESTINS,  
FOIE, HEMORROIDES**



**الدكتور سليم بوعياض**

داخلي مستشفيات المغرب سابقا  
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
أمراض المعدة والأمعاء والكبد والبواسير

Casablanca, le : ..... : الدار البيضاء في

14.06.2019

## RECUS

RECU DE	MME MOUKHRIF NAJAT
LA SOMME DE	SEPT CENTS DIRHAMS
POUR	TEST A L'UREE
COTEE	B1050

Dr Salim BOUAYAD  
DR. SALIM BOUAYAD.  
Spécialiste en Gastro-Enterologie  
136 - تجزئة لينا سيدة - الدار البيضاء  
Tél: 05 22 97 68 00