

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Maladie chronique :

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  
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° P19-0043048

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00487 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENOULA Bouchaib

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-043048

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				<b>Coefficient des travaux</b>												
				<b>Montant des soins</b>												
				<b>Début d'exécution</b>												
				<b>Fin d'exécution</b>												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		<b>Montant des soins</b>
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>													
			<b>Fin d'exécution</b>													
Visa et cachet du praticien attestant le <u>devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant l' <u>exécution</u>														



P 17 / 0057467

DATE DE DEPOT

27/10/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 487	Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom			BENOU LA BACHA		
Fonction		Phones			
Mail					
MEDECIN	Prénom du patient: BENOU LA BACHA				
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 27/10/19	
Nature de la maladie			fracture hanche gauche		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
chute à domicile					
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires			
es	1	200000			
PHARMACIE	Date				
Montant de la facture		Signature et cachet du Pharmacien			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 27/10/19			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
Rix H. a. d. FIP		300,00			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 27/10/2019			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV		
				CACHET	

**Docteur Mohamed.CHAOUKI**

Orthopediste Traumatologue  
Chirurgie des maladies osseuses  
et rhumatologiques

Traumatologie du sport

Chirurgie de la main

Diplômé de l'Université de Bruxelles

**الدكتور محمد شوقي**

إختصاصي في جراحة الكسر وتقويم العظام

جراحة العظام والمفاصل

الجراحة الرياضية

جراحة اليد

خريج جامعة بروكسيل

## ORDONNANCE

Casablanca, le :

27/08/19

Boumoula - Bouhail

Rx hanche gauche  
par  
Lupil

**CASA RADIOLOGIE**  
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU  
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 05 22 44 27/27 - 06 61 67 46 72

**CHAOUKI Mohamed**  
ORTHOPEDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
13, Bd Abdelmoumen - CASA  
Tél : 05 22 26 69 05 - 06 61 19 99 59



Casablanca, le 27/08/2019

**FACTURE :09209/2019**

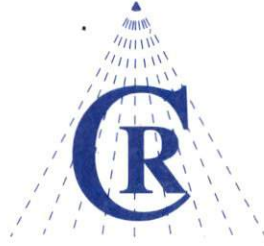
Nom & Prénom : **BENOUALA BOUCHAIB**

Examen(s)	
RADIOGRAPHIE DE LA HANCHE F/P	
Montant TOTAL	300 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
TROIS CENTS (300 DH)

**CASA RADIOLOGIE**  
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU  
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 44 27/27 77 44/06 61 67 46 70





Casablanca le 27/08/2019

Médecin Traitant : **DR M. CHAOUKI**  
Nom du patient : **MR BENOUALA BOUCHAIB**  
Examen Réalisé : **RADIOGRAPHIE DU FEMUR GAUCHE F/P**

Contrôle, plaque vis et enclouage centromédullaire sur fracture  
complexe fémorale supérieure consolidée.

Bonne position.

Calcifications vasculaires.

Bien confraternellement à vous.  
DR K. BENYACHOU

**CASA RADIOLOGIE**  
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU  
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 44 27/27 77 44/06 61 67 46 72