

# 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.

## Médecine 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.

## Traitements :

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.

## Déclaration de 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

éclamation : 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 personnelles.

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- 0014741

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1417**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**WASMIH MOHAMED**

Date de naissance :

**10/01/1969**

Adresse :

**33 Rue 131 GRPN quartier ouïda casa**

Tél. :

**06 77 66 66 53**

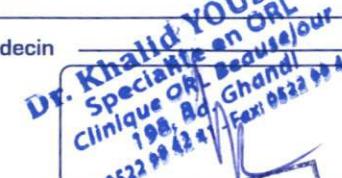
Total des frais engagés :

**410,60**

Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**28/08/2019**

Age :

Nom et prénom du malade :

**MUPRAS WASMIH MOHAMED**

Lien de parenté :

Eui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**01 SEP 2019**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

**ACCUEIL**

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 : **28/08/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **YOUSSEFI**

Le : **28/08/2019**

## **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
78/08/19 G		1	300,-D	Dr. Khalid YOUSSEFI Spécialiste en ORL Clinique ORL Beauséjour 198, Bd. Ghandi Tél: 0522 99 42 11 - fax: 0522 99 42 10
28/18/99 1C5			100,-W	Dr. Khalid YOUSSEFI Spécialiste en ORL Clinique ORL Beauséjour 198, Bd. Ghandi Tél: 0522 99 42 11 - fax: 0522 99 42 10

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACEUTIQUE DE LA WILAYA</b> Dr. Abdellatif El Oufia Pharmacie Bld Houari Boumediene - El Oued Tél: 0522 90 51 13 0015732730040063	28/08/19	90,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

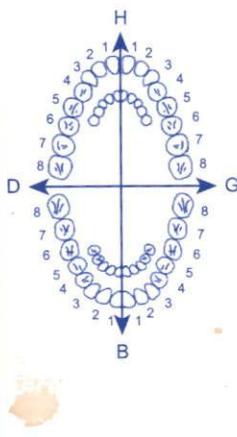
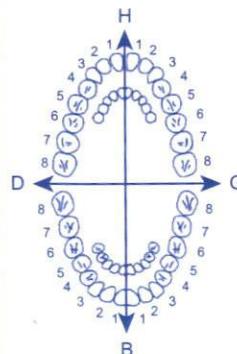
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	00000000	00000000	35533411 11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
-----																			
B	00000000	00000000																	
35533411 11433553																			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

# مصحة بوسيجور

## CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR

O.R.L.

Dr B. MOKRIM

Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI

O.R.L.

Immuno-allergologie

Dr M. BERRADA  
SOUNNI

O.R.L.

Chirurgie Maxillo-Faciale  
et Esthétique

le 28/08/09

K. YOUSSEFI

10,60

10,60

① Dolostop 1g CP

2 gpt x 3 /



T = 10,60

PHARMACIE DE LA WILAYA  
Zekri Abdellati  
Docteur en pharmacie  
222, Bd Oued Moulay El Ouleïd  
Casablanca - Tel: 0522 90 51 13  
ICE: 001373273004063

Dr. Khalid YOUSSEFI  
Spécialiste en ORL  
Clinique ORL Beausejour  
198, Bd. Ghandi  
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40

Casablanca, le

28/08/2019

Le Docteur .....

Prie M

R Wasmith Ted

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et  
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires  
Pour .....

2/CS  
neta gyz Lamli

S'élevant à la somme de

100,00

Dhs

Dr. Khalid YOUSSEFI  
Spécialiste en ORL  
Clinique ORL Beautejor  
198, Bd. Ghandi  
Tél: 0523 99 42 41 - Fax: 0523 99 42 40