

# 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **diologie 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.

## **dentaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **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° P19-0001191**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

21811

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1677

Société : ROM Rehunte

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OB EID Mutuelle

Date de naissance :

01/01/52

Adresse :

Le 1 Rue EL Ghadfa Dps Maap 842, 80

Tél. : 0661.065.053

Total des frais engagés : 842, 80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/12/99

Nom et prénom du malade : Kora mi NOUAF 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.

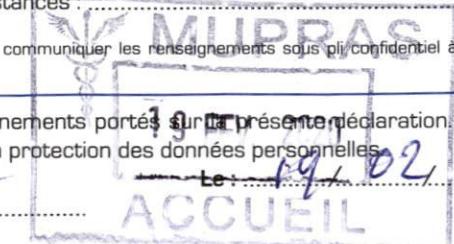
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 19/02/00 Casablanca

Le : 19/02/00

Signature de l'adhérent(e) :

Drept



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |          |          |          |          |          |  |  |                         |
|------------------------------|--|------------------|-------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|--|--|-------------------------|
|                              |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |          |          |          |          |          |  |  |                         |
|                              |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |          |  |  |                         |
|                              |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |          |          |          |  |  |                         |
|                              |  |                  |             | FIN D'EXECUTION         |          |          |          |          |          |  |  |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |                         |          |          |          |          |          |  |  |                         |
|                              | <p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>B</p> | 25533412         | 21433552    | 00000000                | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| 25533412                     | 21433552   |                  |             |                         |          |          |          |          |          |  |  |                         |
| 00000000                     | 00000000   |                  |             |                         |          |          |          |          |          |  |  |                         |
| 00000000                     | 00000000   |                  |             |                         |          |          |          |          |          |  |  |                         |
| 35533411                     | 11433553   |                  |             |                         |          |          |          |          |          |  |  |                         |
|                              | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |             | 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

Dr Noui

Spécialiste en  
Orthopédiq  
Diplômé de  
de Montpellier

ARTHROSCOPIE

CHIRURGIE PROTHÉTIQUE

CHIRURGIE DE LA MAIN

CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

MICROCHIRURGIE

CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES

CHIRURGIE DU DISQUE

PPV:  
EXP:  
Lot N°:

47,80

ence de plaie

BOTTU SA

PPV : 45 DH 00

BOIRON®

الدكتور نور الدين

اختصاصي في جراحة  
العظام والمفاصل  
خريج كلية الطب بمونتريال  
طبيب سابق بمستشفى

جراحة أمراض الروماتيزم

جراحة المفاصل بالمنظار

جراحة اليد

الجراحة التقويمية

Le : 20/02/19

Mr Karem Mounir

47,80

1 - Dorsal

2 - 0 - 2

75

45,00

g -

Arnigel

200 g + 30 ml

ORTHOVITAL  
32 Rue Mohamed V  
Maârif Casablanca  
Tél. : 05 22 25 15 8

45,00

Molles Pro actives  
Notreddine AMRI

Chirurgie orthopédique et Traumatologique  
Angle Route Azemmour et Bd Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B, 3<sup>ème</sup> étage N° 6 - Casablanca  
Abdeslam El Hachemi et Dr. El Hachmi  
Tél. : 05 22 40 62 89 - Casablanca

92,70

Cloture



Appareillage orthopédique - Produits cosmétiques BIO

**KARMI NAIMA**

20/12/2019

**FACTURE : 024/19**

| QUANTITE        | DESIGNATION                | PU TTC    | TOTAL TTC |
|-----------------|----------------------------|-----------|-----------|
| 1               | CHEILLERE MALLEO PRO ACTIV | 450,00    | 450,00    |
| DONT 75 DHS TVA |                            | TOTAL TTC | 450,00    |

ORTHOVITAL  
32, Rue Mohamed Houdaiki  
Mâarif Casablanca  
Tél. : 05 22 25 15 88

**LA PRESENTE FACTURE EST ARRETEE A LA SOMME DE QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS**

32, Rue Mohamed Houdaiki - Mâarif - Casablanca

Tél. : 05 22 251 588 / GSM : 06 64 675 783 / E-mail : orthovital17@gmail.com

R.C : 370065 - Patente: 35794514 - I.F: 20739473 - C.N.S.S : 5382445 - ICE : 001828898000029