

# 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.

## Pathologie 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 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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040301

008- 2834

Matricule : <u>07002</u>	Société : <u>R.A.M.</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>S A M I R H O U A R I</u>		
Date de naissance : <u>le 10/01/42</u>		
Adresse : <u>Resid. H A Z A Rue 4 T S A I L I A - 2 - N E K N E S T. n.</u>		
Tél. <u>06.16.16.16.85</u> Total des frais engagés : <u>896,90</u> Dhs		

## Cadre réservé au Médecin

**Dr Soumraia BENSAFIDDINE**  
CARDIOLOGUE  
2, Rue El Kadi Iass - Maârif  
(Place du Marché) - Casablanca  
Tel: 0522 99 18 18 / 19

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/06/2020

Nom et prénom du malade : M. SAMIR Roubabda Age : 65 ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : A/o/n

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 : Casablanca

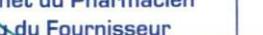
Le 04 JUIN 2020

Signature de l'adhérent(e) : C. M.

## 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
JUIN 2020	CS	-	300.00	Dr Soumaia BEN SADOK, Maârif CARDIO, 2, Rue El Kadissia, place du Marché, Casablanca, Tel: 0522 99 18 18 / 19

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <del>PHARMACIE DE LA CROIX D'OR N. DADOUN 139, rue Abou Ishak Al- ASABIANCA -</del>	4/6/20	596.90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

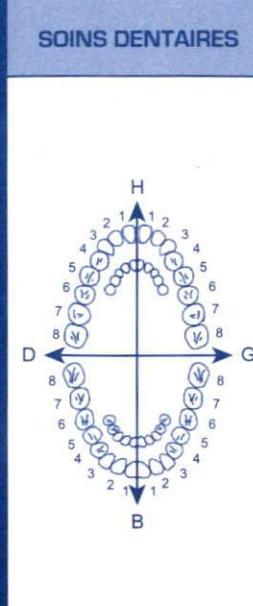
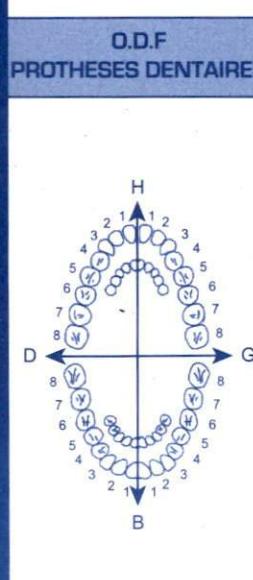
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

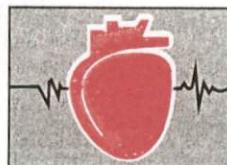
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				Coefficient des travaux											
				Montants des soins											
				Début d'exécution											
				Fin d'exécution											
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
	<table border="1" 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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins											
				Date du devis											
				Date de l'exécution											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur RENSAFIDDINE Soumaïa  
Ep. EL BIED  
Cardiologue  
CABINET DE CARDIOLOGIE  
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE  
HOLTER



الدكتورة بن صفي الدين الابيض سمية  
اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين  
الفحص بالصدى و آليات تسجيل  
الضغط لمدة 24 ساعة

Casablanca, le : ..... 04. JUIN. 2020 .....

Mme Samia zoubida

34682 - Bipolar  
- Triaxial

(12560 x 3)  
- 24h 17

S.V.

366

- 14.00

26610 - Dripaline

68.7 + 3  
- 17

S.V.

366



Dr Soumaïa BENSAFIDDINE  
CARDIOLOGUE  
2, Rue El Kadi Iass - Maârif  
(Place du Marché) - Casablanca  
Tél: 0522 99 18 18

S.V.

59690



2 , زنقة القاضي الياس - الطابق الثالث - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.99.18.18.19

2, Rue El Kadi Iass - 3<sup>eme</sup> étage, Place du marché Maârif - Casablanca - Tél. : 05.22.99.18.18.19 - GSM : 06.61.13.87.71  
soumaïa.bensafiddine@gmail.com