

# 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.

## 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.

## 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

ND: 32901

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0016628

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1029

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SERBOUII Béchir

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0661-526409

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

B 24/2/20

Nom et prénom du malade :

Berrhal itaha Jih Rbati

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gonorrhée - Myalgies coton

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0016628

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 : .....

## 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
13/06/2018			150 m	Dr KOHEN Said MEDECINE GENERALE 4, Hay Ay abdellatif RUE 117-A Chock Casab - 0522 21 49 27/0661 14 23 13

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

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

## **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'ostéodensitométrie.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

The diagram shows a 10x10 grid of points. Circles containing numbers represent specific points of interest. The grid has arrows at its corners indicating movement: an upward arrow at the top center, a rightward arrow at the bottom center, a leftward arrow at the top-left corner, and a downward arrow at the bottom-right corner. The grid contains the following numbered points:

- Row 1:** 1 (top center), 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 (bottom center).
- Row 2:** 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.
- Row 3:** 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.
- Row 4:** 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.
- Row 5:** 5, 6, 7, 8, 9, 10.
- Row 6:** 6, 7, 8, 9, 10.
- Row 7:** 7, 8, 9, 10.
- Row 8:** 8, 9, 10.
- Row 9:** 9, 10.
- Row 10:** 10.

Specific points are highlighted with circles:

- D:** Located at the bottom-left corner (Row 10, Column 1).
- H:** Located at the top center (Row 1, Column 5).
- G:** Located at the bottom-right corner (Row 1, Column 10).
- B:** Located at the bottom center (Row 10, Column 5).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

**Dr. KOHEN SAID Mohammed**  
Ex. Médecin-chef de la B.L.S des F.A.R.

## CABINET DE MEDECINE GENERALE

B4-3 MARA Rue 167 - n° 4

**PHARMACIE DIWANE**  
Ain- Sebaâ - CASABLANCA  
Tél: Dr. 0522 21 49 27  
FAX 0522 29 35 11as, Hay Castor  
Ain Sebaâ - Casablanca  
Autorisation d'Établir 0522 661914 80

Casablanca, Le 20/06/2020 في

**الدكتور الكوهرن سعيد محمد**  
طبيب رئيسي سابقًا للواء الخفيف  
للأمن للقوات المسلحة الملكية

عيادة الطب العام

شروع اسمارة زنقة 167 رقم 4

حی مولای عبد اللہ

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 21 49 27

الفاكس : 05 22 21 29 36



Dr Kohen Said Mohammed

دكتور اكوهن سعيد محمد  
Dr KOHEN Saïd Mohammed  
~~MEDECINE GENERALE~~  
4, Hay My abdelah Rue 167 A Chock  
Casa - 0522 21 49 27/0661 14 23 13

PPV:14DH00  
PER:09/22  
LOT:I2018 -



PPV:14DH00  
PER:11/22  
LOT:I2695 -



PPV:14DH00  
PER:09/22  
LOT:I1927 -



1258  
NOVOPHARMA  
UTAV | P.P.V  
\$21 30.10

1259  
NOVOPHARMA  
UTAV | P.P.V  
\$21 30.10

1262  
NOVOPHARMA  
UTAV | P.P.V  
\$21 30.10

1253  
NOVOPHARMA  
UTAV | P.P.V  
\$21 30.10

xénid

LOT:1231  
PER:03/21  
PPV:30,10

diclofena  
DH

10 supposit