

## 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.

### Radiologie 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.

### Rééducation :

- 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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° W19-497646

UD 208

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8752 Société : R.A.M.			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CITEUAT TAREK			
Date de naissance : 03/01/1969			
Adresse : 7 DUE A YAZI DI MED APP N° 9 Q. des hôpitaux CASA			
Tél. : 06 61 31 0005 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. HARFAOUI Abdennaceur Professeur Chirurgie Traumatologique Orthopédique Clinique Racine Casablanca Tél : 05 22 34 22 42 Email : n.harfaoui@hotmail.com
Date de consultation :	/ /
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 15 SEP. 2020
Signature de l'adhérent(e) :	

Dr. HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clinique Racine Casablanca  
Tél : 05 22 34 22 42  
Email : n.harfaoui@hotmail.com

ACCEUIL

## **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
12/09/2010	100	300	INP : Professeur de Médecine pour la clinique de l'Assurance Maladie	Signature et signature du Médecin

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/09/2020	732,30

D.R.  
Domicile  
21, Rue Blaizot  
Téléfax: 03 22 23 11 11  
Montant de la Facture  
732,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier .	Date des Soins.	Nombre					
		- A M -	P-C	- I M -	I-V		

UX		nombre	Montant détaillé des Honoraires
	- 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

# Docteur HARFAOUI Abdennaceur

Professeur  
Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

الدكتور حرفاوي عبد النصر

أستاذ  
جراحة العظام والمفاصل

M. HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clinique Régine Casablanca, le : 12 - 9 - 2020  
Tél : 05 22 36 22 42  
Email : m.harfaoui@hotmail.com

CHELAT TAREK

144,30 ① ISOK 200 bte d. 20

141,25

22,00

② Cedol



141,35

283,00 X 2

③ chondrosulf 400

13 units

141,35



HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clinique Régine Casablanca  
Tél : 05 22 36 22 42  
Email : m.harfaoui@hotmail.com

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ  
  
6 118001 271214  
PPV : 283,00 DH



CIP / 400933591731  
LOT 190507  
EXP 05 2022

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ  
  
6 118001 271214  
PPV : 283,00 DH

LOT 2001  
SER 03/23  
BOM 24/24/39

144,30 |||

28,00