

## 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, parodontologie 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-561916

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Hassane ISMAILI**

Spécialiste de Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie

Angle Bvds Allal El fassi Yaacoub El Mansour  
espace Assafwa N°11 1er étage

TEL: 05 24 29 27 30 Email: [h.ismaili@mupras.ma](mailto:h.ismaili@mupras.ma)

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

24 SEP. 2020

24/09/2020



RELEVÉ 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
27/07/10	CS		28500	<b>Pr. Hassane MAILI</b> INP 071079005 Spécialiste de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie Angle Bvds Allal El Fassi Yaacoub El Mansour espace Assafwa N°11 1er étage tel: 00 20 47 88 8 mail: lemailtraumabm@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

- Spécialiste du Val de Grâce à Paris de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
- Diplômé universitaire à Paris de pathologie de l'appareil locomoteur liée au sport
- Ancien professeur au CHU Ibn Sina Rabat
- Ancien chef de service et médecin chef à l'hôpital militaire Avicenne Marrakech

- اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
- دبلوم جامعي في أمراض الجهاز العضلي الهيكلي المتعلقة بالرياضة
- استاذ بكلية الطب والصيدلة بالرباط سابقا
- رئيس مصلحة جراحة العظام والمفاصل ومدير بالمستشفى العسكري ابن سينا مراكش سابقا

Marrakech Le : 24 JULI 2020

Ala Abdelhak

1/ New Dextal  
2/ tube chauffant  
3/ tube refroidissant

4/ Dextal  
5/ tube chauffant

Pr. Hassane ISMAILI

Spécialiste de Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie

Angle Bvds Allal El fassi Yaacoub El Mansour  
espace Assafwa N°11 1er étage

TEL: 05 24 29 27 30 E-mail: ismailitraumaortho@gmail.com

- Spécialiste du Val de Grâce à Paris de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
- Diplômé universitaire à Paris de pathologie de l'appareil locomoteur liée au sport
- Ancien professeur au CHU Ibn Sina Rabat
- Ancien chef de service et médecin chef à l'hôpital militaire Avicenne Marrakech

- اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
- دبلوم جامعي في أمراض الجهاز العضلي الهيكلي المتعلقة بالرياضة
- أستاذ بكلية الطب والصيدلة بالرباط سابقا
- رئيس مصلحة جراحة العظام والمفاصل ومدير بالمستشفى العسكري ابن سينا مراكش سابقا

Marrakech Le :

24 / 07 / 2020

Dr. Abdelhak

note d'honneur

CS = HSP 001505

**Pr. Hassane ISMAILI**

Spécialiste de Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie  
Angle Bvds Allal El fassi Yaacoub El Mansour  
espace Assafwa N°11 1er étage  
TEL: 05 24 29 27 30 E-mail: ismailitraumaortho@gmail.com