

# 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.

## Médecine 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

Reclamation : 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- 049802

ND 44 211

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1084 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LATHRACH Fatiha

Date de naissance : 06 02 1950

Adresse : 2, Rue Ain Asser Boune C.I.L CASA

Tél. : 06 61 26 73 45 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 09 2020 Nom et prénom du malade : LATHRACH FATIMA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affectus des 2 membres

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
21-03-2020		G Galle		Mohamed YOUSSEF Orthopédiste Akhouni Casablanca Dr. M. A. Abdellatif

## **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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	24.09.20					300 x 12
	08.10.20					3600 m 300 x 12 3600 m

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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

The diagram illustrates the H-D plane with two axes: H (vertical) and D (horizontal). Points are plotted as circles with numbers 1 through 8. The points are arranged in a roughly circular pattern, with point 1 at the top, points 2 and 3 near the top-right, points 4 and 5 near the right, points 6 and 7 near the bottom-right, and points 8 and 9 near the bottom. Point 9 is located at the bottom center. The points are distributed such that they form a roughly circular shape centered near the origin.

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DE TRAVAIL

#### MONTANTS DES COMPTES

DATE DU



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام و المفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

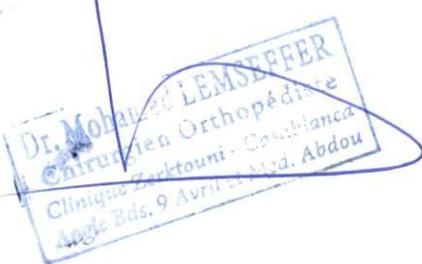
Casablanca, le : 21. 09. ٢٠١٣

Mr LAHRACH FATHIA

- 123 - درجة الحرارة

20125 .

- 3 > /



for closing )

# **HANANE EZZOUBI**

**Kinésithérapeute-Physiothérapeute**

V/Réf :

## **Note d'honoraire**

Casablanca, le 08 - 10 - 20

**Nom et Prénom** : Mme Lahouad Faïha  
**Nom du Médecin** : Dr Lemseffer  
**Nombre de séance** : 12 Séances  
**Prix de la Séance** : 300 DH  
**Nature de la maladie** : D'origine lymphatique

**Total** : 3600,00 m

Arrêter la présente facture à la somme de : Trois mille six cent m's  
paye la totalité avec un chèque N° HFC 3939522  
de la BCI bank.



# **HANANE EZZOUBI**

**Kinésithérapeute-Physiothérapeute**

V/Réf :

## **DEVIS**

Casablanca, le 26 - 09 - 20

<b>Nom et Prénom</b>	: Hanane Lahmadi Falih
<b>Médecin traitant</b>	: Dr. Lemseffer
<b>Nombre de séance</b>	: 12 Séances
<b>Prix de la séance</b>	: 300 DH
<b>Nature de la maladie</b>	: Drainage lymphathique
<b>Total</b>	: 3600 DH

**Arrêter la présente devis à la somme de :** Trois mille six cent DH

