

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

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.

## ntaire :

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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0440

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DIT KASS BOUJEMAN

Date de naissance :

01.01.1944

Adresse :

2, Rue MED MEDITERRANEE - AÏN DIAB

Tél. 0663058589

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur AMAR Isaac Jacques  
UROLOGIE  
9, Rue Maârakat Ouhoud  
Casablanca

Date de consultation :

01/06/2020

Nom et prénom du malade :

DIT KASS BOUJEMAN Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Urologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

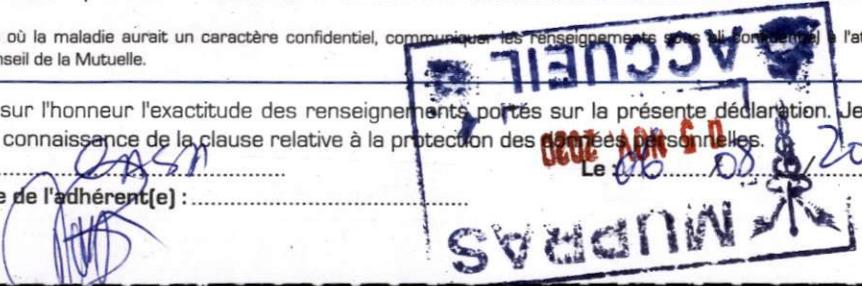
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 à caractère personnel.

Fait à :

Le 06/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



MUPRAS

#### **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
06.08.20	2		300 Dh.	Docteur AMAR Isaac Jacky UROLOGIE Aerokat Ouhoud 2766-Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06 08/2020	563-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	G	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G													
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553													
D	G													
00000000	00000000													
B														
				MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur AMAR Isaac Jacques**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Montpellier  
**UROLOGIE**  
**CHIRURGIE DES VOIES**  
**URINAIRES**  
(Reins - Vessie - Prostate)  
Explorations et Traitements  
Endoscopiques  
**LITHOTRITIE EXTRACORPÉLLE**  
**STERILITE MASCULINE**  
**CIRCONCISION**

9, Rue Maarakat Ouhoud (Ex, Capitaine Maréchal)  
Station Tramway Place des Nations Unies - CASABLANCA  
Tél : 05 22 22 27 66 - Fax : 05 22 47 14 12

**الدكتور أمار اسحاق جاك**

خريج كلية الطب بمونبولي  
اختصاصي في أمراض البول  
جراحة المسالك البولية  
كشف وفحص الجزء الداخلي  
شفاء العقر  
الختان

محطة طرامواي ساحة الأمم المتحدة  
9، زنقة معركة أوحد (ماريشال سابقا) الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 47 14 12 - فاكس : 05 22 22 27 66

N° AIT-KASS Boujemaa

Casablanca, le

06. 8. 20

S.V. CURÉ Amp  
✓ Amp. 15j



صيادلة المقدم  
**PHARMACIE DU PROGRES**  
EL GUERMAÏ Abdelghani  
9, Place du 16 Novembre  
Casablanca - Tél: 0522 22 05 20  
Fax: 0522 20 13 06

Docteur AMAR Isaac Jacques  
**UROLOGIE**  
9, Rue Maarakat Ouhoud  
Casablanca  
Tel: 0522 22 27 66

**EN CAS D'URGENCE S'ADRESSER A LA CLINIQUE BADR**

35, Rue EL ALLOUSSI Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca  
Tél. : 05 22 49 28 00 - 05 22 49 23 80 / 81 / 82 / 83 / 84 / 85 - Fax : 05 22 49 23 86