

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1392

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BACASSÉ

MHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

337,30

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution	
DROITE	GAUCHE					
HAUT	BAS					
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21	22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53	32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 50 51					
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire				
DROITE	GAUCHE	D	H	G	Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de	
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21	22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553			
HAUT	BAS					
42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53	32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 50 51					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession.						
VOLET ADHERENT		NOM : _____			Mme	
DECLARATION N°		W17-135964				
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes				
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>						
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle						



W17-135964

DATE DE DEPOT

...../201...

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme

Nom & Prénom .....

Fonction : ..... Phones .....

Mail .....

## MEDECIN

Prénom du patient

Bihmataen Hafida

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age 1962 Date 01/12/20

Nature de la maladie

Date 1ère visite 1

douleur de l'épaule

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

non.

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS	01	250DH

## PHARMACIE

Date 01/12/20

Montant de la facture

87,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Docteur Boubker ESSAOUI  
Professeur de Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie du Sport Arthroscopie  
Résidence Universitaire Ibn Rochd  
N°3 Guéliz Casablanca  
Urgences 06 61 33 46 18  
05 24 43 86 80  
016 510 90 000 034  
07 01 08 41 62

Pharmacie FLEMING  
Dr LAZARIS KERZER  
3 Rés de chaussées 10m. Lombarde  
Guéliz - Casablanca  
Téléphone : 05 24 43 86 80  
Fax : 05 24 43 86 81  
N°3 Guéliz Casablanca  
Urgences 06 61 33 46 18  
05 24 43 86 80  
016 510 90 000 034  
07 01 08 41 62

WPS 2007 375

الدكتور الصديقي بوبكر

أستاذ تقويم وجراحة العظام والمقاييس

بكلية الطب براكش سابقا

رئيس مصلحة جراحة العظام والمقاييس

بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس براكش سابقا



Docteur Boubker ESSADKI

Professeur de Traumatologie - Orthopédie

Diplômé en Chirurgie du sport

Ex. enseignant à la faculté de médecine - Marrakech

Ex. chef de service de Traumatologie Orthopédie

au CHU Mohammed VI - Marrakech

Docteur Boubker ESSADKI  
Professeur de Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie du Sport Arthroscopie  
Résidence AMITAF Rue Liban n°3 Marrakech Tél/fax : 05.24.39.39.00  
05.24.39.36.66 ICE : 001615505000034  
INP : 071084362

Le 01.12.20

Bihmouten hafida

1. S. cort 20:

3h.20

24p1j x 10j après op. rgha,

4h.20

2. Omi E (boite 14):

Agel 11 j à 14 j avant rgha,

3h.20

3. Dolost op 1g:

23h.20

DLAMNI HASSANI Kenza  
3 Rues des chahidess Beni Lachrig  
Pharmacie FLEMING  
Télé : 05.24.39.39.00



24p1j x 10j après op. rgha,

Docteur Boubker ESSADKI

Professeur de Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie du Sport Arthroscopie

Résidence AMITAF Rue Liban n°3 Marrakech Tél : 05.24.39.39.00

05.24.39.36.66 ICE : 001615505000034

INP : 071084362

Rue Liban, résidence AMITAF, n°3, 1er étage. (près de l'hôtel El Kabir et du Centre Africain)  
40000 Marrakech - MAROC - Tél. / Fax : 05.24.39.39.00, 05.24.39.36.66 ICE : 001615505000034

ou Clinique Grand Atlas - Tél : 05.24.39.39.00

TP : 45100084 - INP : 071084362 - ICE : 001615505000034

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH): 0 4 / 2 5  
3 4 . 7 0

34,70

10,60

42,00