

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

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **ologie 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.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **adie 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

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° P19-1021743**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 3126 Société : 12 A.M

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Noureddine M<sup>ed</sup> Autre : 1942

Adresse : Inara I, rue 1, n° 1 Casa

Tél. : 0660993789 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

*Dr. NAYME Karim  
Ophtalmologie  
tél. 06 65 79 09 80*

Date de consultation : 09/07/2019

Nom et prénom du malade : Oumati Rabia Age : 16.04.51

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Glaucome

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/07/19

## 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
09/07/13	CS		€ 47	 <b>Dr. NAYME Karim</b> Ophthalmologie tel. 06 65 79 09 80

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE & PARA HASSAN HAZZAZ PHARMACIEN AV 2 MARSAN CHOCK N° 12 - CASABLANCA 	09/07/15	429,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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.

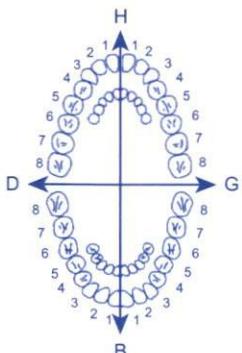
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, Le ..... 09/07/16 .....

M. OUMATI, RABIA

429,00

Zioptan

320 goutte 15 ml po 3 mn

109,00

- xibial

1fouille x 4 l j po 3 mn

429,00

  
7 640168 160210

ZIOPTAN™ 15µg/ml

Collyre en récipient unidose

Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.

P.P.V: 320,00 DH Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura - Maroc

6016256278  
3931

PPC 109,00 DH

LOT

290718  
2021 07

PHARMACIE & PARA ACIMA INARA

HAMID HAZZAZ

PHARMACIEN

ACIMA INARA, AV 2 MARS AIN DICKA N° 66  
Tél : 05 22 87 49 12 - CASABLANCA

*Dr. NAYME Karim*  
Ophthalmologie  
Tél. 06 65 79 09 80