

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## diologie 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 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.

## 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.

**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)

*Couvert*

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0017156

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1770

Société : RAT NAÏTÉ RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAUERI N. mohamed

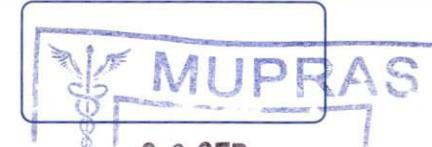
Date de naissance : 01/01/1969

Adresse : lot EL-MAWF A H 256 DELLORA

Tél. : 06 63 78 25 90 Total des frais engagés : 51.000.000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 00 SEP

Nom et prénom du malade : BAUERI N. mohamed Age : 50

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 : Deauville

Signature de l'adhérent(e) : CF

Le : 25/09/2019

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE EL GOURIOUJA 244 LOT 1005 DEBROUA de ALAOUD Dr Othman F. MARRAKI Tel: 21 23 32 00 64</p>	20/8/19	321.00

## 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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Facture

N° 000.543121 000096

Le 20/08/19

Boucraïn M'hamed

Client : 0622-63-24-54

Qté	Désignation	Prix	Total
	Alegik 3g	13,20	
	Spofon 3g	27,80	
	Diphine 1000	10,35	
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80
			10,35
			51.00
			13,20
			27,80