

# 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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.

## **Thérapie :**

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... 560 ..... Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ..... ABAKIL HAFID .....

Date de naissance :

Adresse :

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : ..... 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient									
					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>								
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553		
H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution											

VOLET ADHERENT	NOM : <i>ABAKIL Hafed</i>	Mle 0560
DECLARATION N°	P 14 / 0025508	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<i>387,80</i>	<i>2</i>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0560	
Nom & Prénom		<i>ABAKIL HAFED</i>	
Fonction		Phones	<i>0523335248</i>
Mail		<i>[Signature]</i>	
MEDECIN	Prénom du patient <i>Abdellatif Hafed</i>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <i>11/07/1943</i>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<i>Afrip</i>	<i>2</i>	<i>Dr BEJELLOUN LAHRCHI Wadha</i>	
PHARMACIE	Date <i>01/08/19</i>		
Montant de la facture <i>387,80</i>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Lot N° :

16120205

PER :

02/2020

Prix :

190.00DHS

SPECIALISTE  
Maladies des Os  
Des Articulations - RHUMATISMES

47, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca  
Tél.: C : 05 22 31 99 22 Sur Rendez-vous

GSM : 06 50 92 64 73

wafaabenjelloun09@hotmail.com

Horaire :

Lundi à Jeudi : de 9h à 16h

Samedi : 8h30 à 12h

Casablanca, le

11/8/18

Dr Maria MAFTOUH  
Pharmacien Responsable

الدكتورة بن جلون العريشي وفاء

خريجة كلية الطب بأبغي

اختصاصية في أمراض العظام  
والمفاصل وأمراض الرئي (ومترم)

شارع رحال المسكيني - الدار البيضاء  
الهاتف : ع 05 22 31 99 22 - بالموعد

الهاتف : 06 50 92 64 73  
wafaabenjelloun09@hotmail.com

التوفيق

الإثنين إلى الخميس من س 9 إلى 16 زوايا  
السبت من س 8:30 إلى 12 زوايا

الدار البيضا، في

22/10 ٢٢/١٠ ٢٢/١٠ ٢٢/١٠ ٢٢/١٠

190-

٧١ Relief



٧٨٩٦

٦١١٨٠٠١٢٧١١٤٦

2 x 51,40

٢ دينار

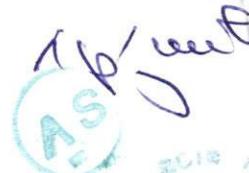
PPV : 51,40 DH

6 118001271146



95-

٣١٢٠



387,80

PPV : 51,40 DH

6 118001271146



IPP®

Oméprazole 20 mg  
Boîte de 28 gélules

PP.V. : 95,00 DH

6 118000 191049

