

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

## litions 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.

## macie :

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.

## que :

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 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.

## 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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2731 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HICHAM LATIFA

Date de naissance : 15/03/56

Adresse : Hawelle

Tél. : 06 24 60 60 38 Total des frais engagés : 51,00 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	Coefficient des travaux
D.F.O.					Détermination du coefficient masticatoire
		H	25533412 00000000	21433552 00000000	G
D			00000000	00000000	
			35533411	11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

VOLET ADHERENT	NOM : <b>HICHAM LATIFA</b>	Mle <b>2731</b>
DECLARATION N°	<b>W18-354821</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<i>Sep 19</i>	<i>51,00</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

*[Signature]*

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <b>2731</b>		
Nom & Prénom <b>HICHAM LATIFA</b>				
Fonction <b>Retraité</b>	Phones <b>06 84 60 60 38</b>			
Mail				
<b>MEDECIN</b> Prénom du patient				
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>		
Age	Date			
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		
<b>PHARMACIE</b> Date <b>15/08/19</b>				
Montant de la facture <b>51,00</b>				
<b>PHARMACIE MZOURA</b> Dr MEHDI BENMAHLOUF Tél. 06 61 06 92 32				
<b>ANALYSES - RADIGRAPHIES</b> Date :				
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date :				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

PPV 22DH70

EXP 12/2019  
LOT 60049 4

# PECTRYL®

SIROP EXPECTORANT  
EXPECTORANT SYRUP  
150 ml

IRA  
DOUF  
32

Facture

M: Hich

PPV: 14DH00  
PER: 12/20  
LOT: G2393



ignation	P. Unit.	P. Total
----------	----------	----------

PECTRYL Sp	22,70	
------------	-------	--

AFEBRAL cp	14,130
------------	--------

1 DOLI PRANE 16 yp	14,00
--------------------	-------

51,03

PPV (DH) :      LOT N° :      UT.AV. :

14130

755.910.10.15

PHARMACIE MZOURA  
Dr. MEHDI BENMAKHLOUF  
Tél: 06 61 06 92 32