

# 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0019385

 Maladie Dentaire Optique Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01713 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

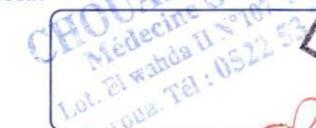
Nom & Prénom : ISMAILI CHASSANE Date de naissance : 01-07-1955

Adresse : N°5b ELCUAFIA DEROUA

Tél. : 0661155743 Total des frais engagés : 488,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/07/19

Nom et prénom du malade : Ismaili Malika Age : 41

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bronchite Cystite

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 : DEROUA Le : 1/8/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## 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
31/07/19	C		120,40	
06/08/19	consultation	G		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/07/19	296,40
	06/08/19	66,30

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 l'ordre de service.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	DATE DU DEVIS			
	DATE DE L'EXECUTION			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur Chouaikh Afaf

الدكتورة الشويخ عفاف

MEDECINE GENERAL

107, Lot El Wahda II - 1er Etage  
Deroua - Tél. : 05 22 53 20 70

الطب العام

107، تجزئة الوحدة II، الطابق الأول  
الدروة، الهاتف: 05 22 53 20 70

Deroua, le: 31-07-19 الدروة، في:

I smaili Malika.

PPV: 112,00  
LOT:  
PER:

112,00 1 - Eraxi

SV

100,00 2 - Cee

PPC : 100DH00

LOT  
EX

M09  
10 2020

59,70 3 - saforelle

COOPER PHARMA  
PPC : 59,70 DH

25,00 4 - Driller

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV. :

296,17

CHOUAIKH AFAF  
Médecine Générale  
Lot. El wahda II - 107  
Deroua. Tél : 0522 53 20 70

DHARMA  
N° 210  
El Wahda II  
Tél/Fax:  
0522 53 20 70  
\* D. n. m. 2020

الدكتورة الشويخ عفاف



Docteur Chouaikh Afaf

MEDECINE GENERAL

107, Lot El Wahda II - 1er Etage  
Deroua - Tél. : 05 22 53 20 70

الطب العام

107، تجزئة الوحدة II، الطابق الأول  
الدروة، الهاتف: 05 22 53 20 70

Deroua, le :

05/08/19

الدروة، في:

Ismaili Nabil

66,30

1 - Diphospor



1g + 2g \* 10j

