

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **que :**

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.

## **Optique :**

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

Mise en charge : pec@mupras.com

Dhésion 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**

Nº P19- 0038169

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 03532 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Nouri HAFIDH

Date de naissance : 10.09.1955

Adresse : DR M CHAKI RUE 6 N° 1 CASE D'INCHOU CASABLANCA

Tél. : 0661 888944 Total des frais engagés : 2503,10 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin

Date de consultation : 10/10/2010

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : fil

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 : RAM Le : 15/10/10

Signature de l'adhérent(e) : AT

#### **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
<i>PHARMACIE GOURAIDI Tahar Ben Jallouli 172 Ain Chock Casablanca - Maroc - 052 87.45.60 Casa</i>	5/10/19	9509,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Professeur  
Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

أستاذ  
جراحة العظام والمفاصل

Casablanca, le : 5-10-2019  
الدار البيضاء في

Boukiddouss Fatima

82x6 = 1192,-  
① Vok (SN)

Dr. HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clinique Racine Casablanca  
Tél: 05 22 36 22 42  
Email: n.harfaoui@hotmail.com

1812,-



10x9 = 90,-  
② Andel (SN) 130,-  
(P 13,-)

4x 34,- = 136,- + 13,10

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Lovenox 4000unitix inj b2  
P.P.V: 138,10 DH

6 118001 080472

③ Lovenox 0,4 (SN)

PHARMACIE SUMRI  
Bd. Tah Rue 2 Nra Ann Chock  
Tel: 022 91 45 60 Casa

196,- = 393,-

④ Sepcurof (SN)  
(1812,-)

250913

Dr. HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique Orthopédique  
Clinique Racine Casablanca  
Tél: 05 22 36 22 42  
Email: n.harfaoui@hotmail.com

LOT: 05-09-10  
PER: 06-10-10  
PPV: 100,-

LOT: 05-09-11  
PER: 06-10-10  
PPV: 100,-

blanca - Maroc - I.C.E: 00171582600092  
naceurharfaoui@gmail.com

196,50 || 196,50

LOT : 190434  
UT AV: 02/2022  
PPV: 10,000H

LOT N° :

PPV (DH) :

~~x 9~~

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 4000uiaktxa inj 6  
PPV : 349,00 DH

Barcode  
118001 080465

~~x 4~~