

# 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.

## Radiologie 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.

## Rééducation :

- 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 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.

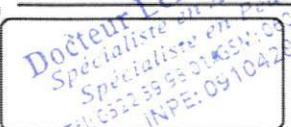
## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12327</u>			
Société : <u>RAN</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>MDAGUIR FILALE MDUNIR</u>
Nom & Prénom : <u>MDAGUIR FILALE MDUNIR</u>			
Date de naissance : <u>02/09/1995</u>			
Adresse : <u>NOU AL FIR DADUS 6-425 A44 APP 729</u>			
Tél. : <u>0611287775</u> Total des frais engagés : <u>600</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <u>10/08/2019</u>			
Nom et prénom du malade : <u>BB MDAGUIR FILALE</u> Age : <u>1 mois</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Pediatrie</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>BB MDAGUIR FILALE</u>			
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. <u>21 OCT 2019</u>			

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 : CASABLANCA - Le : 11/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : J

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire  
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca  
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

## F A C T U R E

N° 2042 / 2019 du 10/08/2019

Nom patient : **AZIZ MARYA**

Entrée 07/08/2019

Prise en charge **PAYANTS**

Sortie 10/08/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. CHRAIBI LEILA (pediatre)	1,00	CS	600,00	600,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>600,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

SIX CENTS DIRHAMS

**Total 600,00**

Immatriculation 0600996284 42180  
N° prise en charge : 673763

الواريس  
AL HAYAT OASIS CLINIC  
N° INPE 090061953  
29 Rue Rostand Quartier Oasis  
Casablanca 161 1522 0522 999 444

AL HAYAT OASIS CLINIC  
N° INPE 090061953  
29 Rue Rostand Quartier Oasis  
Casablanca 161 1522 0522 999 444

Notre compte bancaire.....

Pte N°34754061 - Compte N°013780010950019290017148 BMCI HASSAN 2  
CNSS 4233739 I.F 15223795 Tél: 0522 999 444 Fax: 0522 254 613 ICE001598208000095