

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

## Règles 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.

## Dentaire :

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.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0039173

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0338

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AFIF FATNA

Date de naissance :

Adresse :

J. A. B. I. L. A. S. 2. 1236 HAY HA 8000  
CASA

Tél. : 522 90 1847

Total des frais engagés : 1800 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/10/2019

Nom et prénom du malade :

AFIF FATNA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DT

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 : 23/10/2019

Le : 23/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

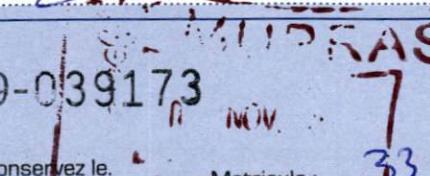
Déclaration de maladie

N° P19-039173

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



Matricule : 0338

Nom de l'adhérent(e) : AFIF FATNA

Total des frais engagés : 1800

Date de dépôt : 23/10/2019

## 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
23/10/15	AS CS		25000	Dr AFA Spécialiste en Diabète Bd Doyen Goujon 75016 Paris Télé: 05 22 23 11 41

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Spécialiste en Endocrinologie-Diabétologie  
Nutrition et Maladies Métaboliques

Ancienne Médecin Interne au CHU Ibn Rochd-Casablanca  
Echographie Thyroïdienne et Générale

أخصائية في أمراض الغدد والسكري  
التغذية و أمراض الأيض

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء  
الشخص بالصدى

## Ordonnance

Casablanca, Le : 23/10/19 الدار البيضاء في :

Dr A. f. f. Fatma

6 118001 160495 JANUMET® 50/1000 mg AMM 59DMP/21/NCI Boîte de 56 comprimés pelliculés DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

6 118001 160495 JANUMET® 50/1000 mg AMM 59DMP/21/NCI Boîte de 56 comprimés pelliculés DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

437,00 x 3 1) Janumet 50 1/1000

38,80 x 2 2) Muad n. 1c à 8a3

43,00 x 2 3) Muad n. 1c à 8a3

75,70 4) Zoleng collyre 1 flacon

1550,-

6 118001 102495 ZALERG 0,25 mg/ml Collyre 5 ml - P.P.V : 75,70 DH  
Distribué par COOPFER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUI.

05 22

134 شارع dai ونه سيدى يابا (أطافل و الحشة سابقا) إقامة الصدق الطابق  
البريد الإلكتروني : cabinetdrafane@gmail.com

134 Bd Day Ouled SIDI BABA (Ex Walea et Habacha) Résidence Assidq 1er Etage Appt N°13  
(à Coté Maison des Jeunes Derb Ghallef) - Casablanca Tél : 05 22 25 31 12 • E-mail : cabinetdrafane@gmail.com