

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

## **ditions 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.

## **armacie :**

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 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.

## **ladie 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**

Nº P19- 0043954

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1093 VIDERSI Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : SAAÏD Naja

Date de naissance : 29/01/1954

Adresse : 13 Rue Belkacem Beaufour

Tél. : 0522281078

Total des frais engagés : 285,00 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : .....

**MUPRAS**

Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

**21 FEV 2020**

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 : Casablanca

Le : 20/02/2020

Signature de l'adhérent(e) : A

## **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**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10.02.2022	+ 285,90 +

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

**B**

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ICF 002206973000090

LOT N°: B21818  
UT. AV.: 03/2020 P.P.V: 39,30

LOT N°: 39,30  
UT. AV.: P.P.V

**PHARMACIE MALIKA**  
Dr LEBBAR MALIKA  
579, Boulevard Moudibouketa  
Casablanca  
Tél : 05 22 80 75 59

28,00

## PHARMACIE MALIKA

579, BD. MOUDIBO-KEITA  
CASABLANCA  
Tél : 0522.80.75.59  
Patente : 34632125

LOT 191699  
EXP 11/2022  
PPV 28.00DH

28,00

LOT N°: 1268411  
UT. AV.: 09 21 P.P.V 39,30

LOT 191702  
EXP 11/2022  
PPV 28.00DH

28,00

28,00

## Facture N° 502 971 Du 10/02/20

Client : DERSI NAJIA

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE PRIX
CO	ALDACTAZINE CP	3	39,30	117,90
CO	GLUCOPHAGE 1000 MG/30 COMPRIME	6	28,00	168,00
2	Total	9		285,90

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
DEUX CENT QUATRE-VINGT-CINQ DIRHAMS ET QUATRE-VINGT-DIX CENTIMES

