

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

## **litions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

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.

## **taire :**

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

an = 24430

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0024694**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

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

Matricule : 1309 Société : R.A.R.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : OULOU Brahim Date de naissance : 09/01/1956

Adresse : Op postes California Residencia d'ulac Imm 8 App 10

Tél. : 0673178484 Total des frais engagés : 205,80 Dhs Dhs

#### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Dr MOUNDIRI Samira**  
**OMNIPRATICIEN**  
386, Driss Hatti C D - CASA  
Tél : 38-98-40

Date de consultation : 05/02/2020

Nom et prénom du malade : OULOU Brahim Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : OPZ et dermohypone

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 : 10/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

**ACCUEIL**

10/02/2020

## 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
04/02/2012		1	130,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/08/20	75.80
		092058906

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

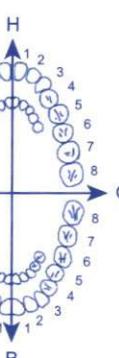
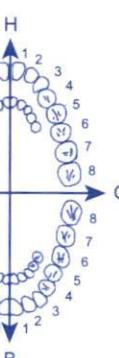
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVE DES FRAIS ET DE LA MÉNORAIRES**

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 canalaire, ainsi que le bilan de

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			
	H 25533412 00000000	D 00000000	G 00000000 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

14,30

22,70

OMNIPRA'

نترات الصوديوم فارما  
استيفن اجلال صيدلي

الدكتورة منذري  
الطب العام

586, Bd Driss Harti SBATA  
Casablanca, Maroc.

Tél : 05 22 38 98 40  
GSM : 06 62 80 53 07

Casablanca le : ..... 04/02/2020

586 شارع ادريس الحارثي

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 38 98 40

المحمول : 062 80 53 07

الدار البيضاء في :

OUTDOOR Brahma.

22,70

1) Rinsmilia 30g

38,30

2) Muvel 50g

Mus > 30

14,30

3) Kmosome 30g

Mus > 20



=

75,80

Dr MOUNDRY Samira  
OMNIPRACTICIEN  
586, Driss Harti B.D. - CASA  
Tél : 38.98.40

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

38,80

موکسول®

أميروكسول

بدون سكر