

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-529829

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9775	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AHMED ISMAÏL			
Date de naissance : 08-10-1966			
Adresse : QUARTIER BELLEZI CASABLANCA			
Tél. : 0676-082631 Total des frais engagés : 350,80 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <i>docteur Ismaïl</i>	<i>DR DR DOCTEUR ISMAÏL</i>
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : ORLIS D'HORLOGE DE MAROC	
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.	

*ACCUEIL*

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/03/2020

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-529829
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 :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	350,80
Date de dépôt :	02.03.2020

## **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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

صياغة  
PHARMACIE EL MANSOUR  
EXECUTION  
39 80 21 02 99 0522 25 00 740522 141 Bd Yacoub El Mansour  
Tél.: 0522 25 00 740522 141 Bd Yacoub El Mansour

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
P	

#### [Création, remont, adjonction]

The diagram shows a 10x10 grid of circles. The circles are arranged in a pattern where they form a central column of 10 circles, a ring of 8 circles around it, and so on, outwards to a ring of 4 circles at the outer edge. Each circle contains a number from 1 to 8, repeated twice in each row. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1
- Row 2: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2
- Row 3: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3
- Row 4: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4
- Row 5: 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5
- Row 6: 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6
- Row 7: 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- Row 8: 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 9: 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1
- Row 10: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Pharmacie NARJIS

SKALLI ZAKIA

Page 1

## FACTURE

N° FACTURE :352646

Date : 02/03/2020

### Client :

AIT ELHAJ ISMAIL

### Désignation Produits

TITANOREINE B/12 SU  
DAFLON 500 MG / 30 CPS  
FLAMMAZINE CREME

	Quantité	P.V	Total
TITANOREINE B/12 SU	2	19.30	38.60
DAFLON 500 MG / 30 CPS	2	122.70	245.40
FLAMMAZINE CREME	1	66.80	66.80



Total TTC =

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : TROIS CENT CINQUANTE- DIRHAMS 80 CTS

Bon rétablissement



patente 35803244  
CNSS 1129908

identifiant fiscal 40900380.

