

# 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.

## Médecine 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.

## 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.

## Prothèse :

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° P19-0019332**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 42196 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ANOUAR

Date de naissance :

16.08.16

Adresse :

99 Rue El wass Haf Erraha

Télé. 06 64 44 50 12

Total des frais engagés

686,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. SADIK Fouzia*  
Médecin  
104, Rue Mimouza Hay Erraha  
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

Date de consultation :

17 MARS 2020

Nom et prénom du malade :

ANOUAR

Age:

30

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Grippe + calpur

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 :

Le : 17/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
17 MARS 2020 S8	01	150,00		Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Hay Erraha Tél: 0522 36 58 91 Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALMAGOUR place des Martyrs - Béjaïa - Algérie	17-3-2020	490.60
	27-1-2020	45.90.

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

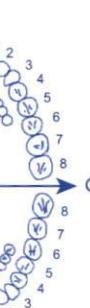
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE DES FRAIS ET 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'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B H G D B			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



## FACTURE

N° .....

PHARMACIE AL WOUD  
 67, Rue des Houssas - Casablanca  
 Tél: 0522 36 84 30 - Bureau de  
 Maisidi Amnor - Bureau de  
 Patente: 34808192

A. Le 27.01.2020

M

Anoelar

95

Doit

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX U.	TOTAL
02	Doliprane 500mg	15,80	31,60
01.	Rhinofébral	14,30	14,30
	L'Aspirine Faible et stable a Quarante Cinq dekreas	45,90	



PHARMACIE AL WOUD  
 67, Rue des Houssas - Casablanca  
 Tél: 0522 36 84 30 - Bureau de  
 Maisidi Amnor - Bureau de  
 Patente: 34808192

LOT : 190488  
 UT AV: 04/2022  
 PPV: 14,30DH  
 P.P.V (DH) : LOT N° : UT.AV :