

# 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.

## **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.

## **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.

## **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 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

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0013806**

### **Maladie**

### **Dentaire**

### **Optique**

### **Autres**

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

Matricule : **0536**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **TAZOUT KHOUSSOUE** Date de naissance : **21/01/1976**

Adresse : **HABIBIKA I Rue 2-1 N°8 CASA**

Tél. : **06 62 02 7249** Total des frais engagés : **909,40 Dhs**

#### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : **25/06/2009**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : ...../...../.....

#### **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
00.				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAKHLIA 91, Avenue Dakhla Hay Ennara Casablanca Tél : 05 22 50 10 27	25/06/2020	90.90 Dhs

#### **ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

**Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.**

#### **Important :**

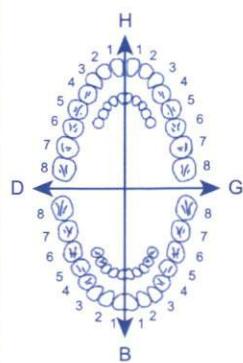
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

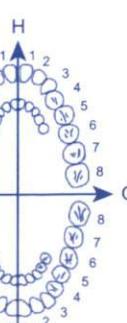
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **(Création, remont, adjonction)**

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHÉSES DENTAIRES</b></p> 	<p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"><b>B</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<b>G</b>		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
<b>H</b>																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<b>D</b>																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>B</b>																		
<b>G</b>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

PHARMACIE DAKHLA

M. JUADET RACHIDA

Pharmacien

91, Avenue Dakhla

Hay INARA I - Ain Chock

Casablanca

Tél.: 05 22 50 10 82

صيدلية الداخلة

موقوت رشيدة

91 شارع الداخلة - حي الإنارة 1

عين الشق

الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 50 10 82

Casablanca, le .....

25 - 06 - 20

FACTURE N° N° 008843

M. TAZOUT Ille de la mer

Quantité	Désignation	P.U	Total
1	Noradropid	571.-	571.-
1	Fletanal	159.30	159.30
1	Cardiac Air	27.70	27.70
1	Nettoy - 810	1410	1710
1	coAMosol HO	13.430	134.30
	T = 909.40		
	Le prix de facture ci-dessous		
	Vingt cent moul dix 40cts		

-- LAPROPHAN --  
PPV : 571DH00

PPV: 159DH30

Cardiospirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27.70 DH  
Bay-S.A.  
NETFORMINE 100mg 0  
CP PEL 830  
P.P.V. : 17DH10  
12 2022  
20E004  
Sanofi-Saventis Maroc  
Route de Rabat, BP.1  
Ain sebat Casablanca  
Co-approval 60mg/12.6mg  
b28  
P.P.V. : 134.30 DH  
081028  
5118001

NETFORMINE 100mg 0  
CP PEL 830  
P.P.V. : 17DH10  
12 2022  
20E004  
Sanofi-Saventis Maroc  
Route de Rabat, BP.1  
Ain sebat Casablanca  
Co-approval 60mg/12.6mg  
b28  
P.P.V. : 134.30 DH  
081028  
5118001

R.C. 236078 - Patente : 43016558

PHARMACIE DAKHLA  
91 Avenue Dakhla  
Hay INARA I Casablanca  
Tél : 05 22 50 10 82