

# 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.

## 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.

## ctique :

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.

## ntaire :

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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 059091

ND. 35391

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 251 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Fatima AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0699468065 Total des frais engagés :

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 : .....

Le : 04/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : .....

Fatima

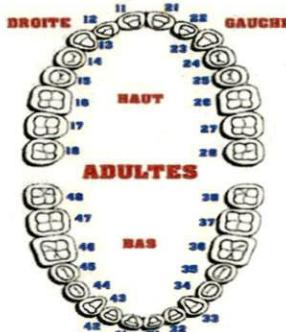
## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

## Coefficient des travaux

## Montant des soins

## Début d'exécution

## Fin d'exécution

## Coefficient des travaux

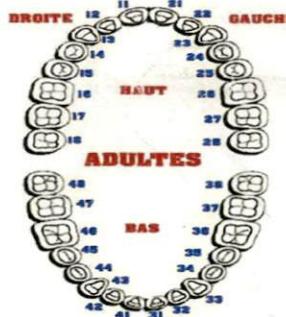
## Montant des soins

## Date du devis

## Fin de l'exécution

O.D.F.  
Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



|   |                                              |   |                                              |
|---|----------------------------------------------|---|----------------------------------------------|
| D | 25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411 | H | 21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 |
|---|----------------------------------------------|---|----------------------------------------------|

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

## VOLET ADHERENT

NOM : *J. M. D. N.*Mle : *251*

## DECLARATION N°

W14-008616



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

*400 +*

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

W14-008616

DATE DE DEPOT

*1/1/2020*

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle : *251*Nom & Prénom *El Fawla Ahmed*Fonction : *retiraté* Phones *0699468065*

eMail

## MEDECIN

Prénom du patient *Jahim Mme*Adhérent  Conjoint  Enfant  Age *81 ans*Date *19 MARS 2020*

Date 1ère visite

Nature de la maladie *ischème cérébelleuse*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

*G2**400 M*

## PHARMACIE

Date

Montant de la facture

*Dr. SAMI Mostapha  
Neuro-Chirurgien  
39, Bd. Rakha El Meknini  
Tél: 052314416 - Casablanca*

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

# Docteur SAMI MUSTAPHA

NEURO - CHIRURGIEN  
AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
ELECTRO ENcéPHALOGRAPHIE  
EPILEPTOLOGIE

39, Bd. Rahal El Meskini - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 31 44 76  
05 22 45 05 64  
Fax : 05 22 31 95 61

N° d'Autorisation : 4235 du 2.2.76  
Sur Rendez-vous

# الطبيب سامي مصطفى

جراحة الرأس والدماغ  
جراحة العمود الفقري  
التطبيط الكهربائي للدماغ

39, شارع رحال المسكيني - البيضاء  
الهاتف : 05 22 31 44 76  
05 22 45 05 64  
فاكس : 05 22 31 95 61

رقم الرخصة : 76.2.2 ل 4235  
الزيارة بالموعد

19 MARS 2020  
Casablanca, le .....

Amr Jaber Dmouma

Seroplex  
1c le matin x 6 mois

Er's del 0,5  
1 à 2 ej' 8'  
af talon  
(à renouveler).

Bactrim Fort  
1 - 0 - 1

Dr. SAMI Mustapha  
Neuro-Chirurgien  
39, Bd. Rahal El Meskini  
Tél.: 0522.31.44.76 - Casablanca