

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

## itions 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.

## 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.

## 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

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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19-0001899

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12790

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

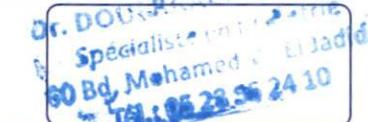
Nom & Prénom : BOUFIANE HANANE Date de naissance : 18/06/1987

Adresse : VIPB 88 Bd Salam I, El Jadida

Tél. : 06-61-48-13-50 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/09/2010

Nom et prénom du malade : Boufiane Hanane 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/10/2010

### 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
<i>M. DOUARACHAD</i>	<i>Nazha</i>	<i>2</i>	<i>200.00</i>	<i>Dr. DOUARACHAD Nazha Spécialiste en Pédiatrie Bd. Mohamed V - El Jadida Tél.: 05 23 35 24 10</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE HEFTI Mme HEFTI Nazha Docteur en Pharmacie B. Bd. Mohammed V El Jadida 05 23 35 28 26</i>	<i>10/08/25</i>	<i>364.00</i>

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt				

Docteur DOUERRACHAD Chafik  
Spécialiste en Pédiatrie

الدكتور دو الرشاد شفيق  
اختصاصي في أمراض الرضيع والطفل

El Jadida, le : 10/8/2020

Baby RAN  
I lyans

364,00

1) Vax Vax



PHARMACIE HEFTI  
صيدلية هفتى

Mme HEFTI Nazha

Doctor en Pharmacie

364,00 0.28.26  
Boulevard Mohamed V El Jadida

Specialiste en Pédiatrie  
60 Bd. Mohamed V - El Jadida  
Tél.: 05 23 35 24 10

60. شارع محمد الخامس - الطابق الأول - الجديدة - الهاتف العيادة : 05 23 35 24 10  
60, Boulevard Mohamed V - 1<sup>er</sup> Etage - El Jadida - Tél. : Cabinet : 05 23 35 24 10  
(en cas d'urgence) 06 66 02 25 67 (في حالة الاستعجال) المتنقل:

El Jadida, le : 21 AOUT 2020

## NOTE D'HONORAIRES

Je me permets de vous présenter ma note d'honoraires pour la consultation : 62

du Bébé - Enfant : Bébé Rm Ilyana

Dont le Montant est de : 200,00 DH

le : 21 AOUT 2020



