

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diologie 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 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

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)

ND: 44729

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0006643

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1637 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AAAIA HASSAN Date de naissance : 1957

Adresse : LOT 2 NAFAK NEFUA N° 169

Tél. : 0661 523895 Total des frais engagés : 1.250 H Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/10/2020

Nom et prénom du malade : Dokhla Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA + Diabète

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 : 02/10/2020 Le :

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
07/10/2020	g	1	120,00	 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE EL NOUOGMA t. Wafaa Benyamin Berrechid	21/10/20	905,10

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Dr. Narjiss AMEUR

## Ex:médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

## Médecine Générale

## Diplôme en échographie générale E.C.G

Date: 01.11.2020

Nom: Diane Leduc

**PHARMACIE EL OUMOUD**  
244, Lot. Wafaa Darouia Benyessid  
**Dr. EL MARWANI Othman**  
Tél : 05 22 53 20 54

## دبلوم في الفحص بالصدى تخطيط القلب

## تخطيط القلب

23.00

glu cophage dog

571.0°

0 - 1 - 1

20. *Narconia*

Seagull

3 Nov

341 Piezoelectric

Mr. & Mrs. John S. Appleton

Mr. Nobuo Ito, 1052259

Prochain rendez vous ..... الموعد المقل ..... 

٥٤٠، تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء) 

540, Lot. Wafaa - Deroua - Tél.: 05 22 53 27 53

الموحد المغيل

PPV  
571DH00  
APROPHAN

NovoRapid® FlexPen®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
9 118001 21304  
8-96-70-75-27-01

PPV: 84DH80  
PER: 03/23  
LOT: 3784

PPV: 84DH80  
PER: 04/22  
LOT: 1595

PPV: 24DH80  
PER: 10-22  
LOT: 1222

LOT 200724  
EXP 04/2023  
PPV 28.00DH

LOT 200724  
EXP 04/2023  
PPV 28.00DH

00/00

28,00

LOT 200169  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH