

# 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.

## Radiologie 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 062370

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2766 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mousali Mustapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/11/07

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

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : IRL en HD

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

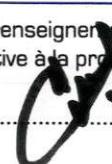
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : .....

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
11/11/2014	visite	6		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	344412020	4.84,60

## 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 :

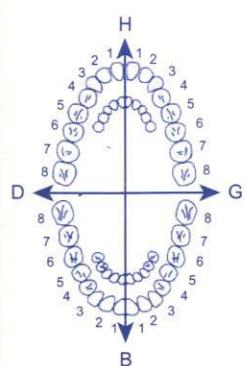
Veuillez joindre les radiographies en cas de protéoses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Centre de dialyse AL MAJD

DR ELKHOULI . W

Spécialiste en néphrologie  
maladie des reins et hémodialyse

Ex-médecin chef du service de dialyse  
à l'hôpital Med V Hay Mohammadi, Casa



الدكتورة و . الخولي

اختصاصية في امراض الكلى وتصفية الدم

طبيبة ورئيسة سابقة لمصلحة أمراض الكلى وتصفية الدم  
بمستشفى محمد الخامس، العي محمد، الدار البيضاء

Casablanca le:

14/11/0205

INPE : 0910 42 408

Transfert Tachfin

49,60

\*2

→ Cn 100 000 DH

168,20

\*2

Bnqix B

2 dots

49,60

Bcmoco C

187i - 15i

484,60

Dr. W F. KHOUSSI

Centre d'hémodialyse AL MAJD  
15, route d'Almouzine  
Tél: 05 22 60 81 81 / Fax: 05 22 60 22 00

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E27  
EXP: 05/2023

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E27  
EXP: 05/2023

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 168,20 DH  
ID: 645084  
Barcode: 118001140251  
DN

PHARMACIE OKHOFRANE  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
Dr. H. M. Y. B. Benou  
Rue 2 N° 116  
Sidi Bennou  
Quartier Al Oued  
Casablanca

Lot dose / Dose adulte /  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 168,20 DH  
ID: 645069  
Barcode: 118001140251

PPV: 49,00 DH  
LOT: 00000082  
EXP: 08/2022