

# 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.

## ique :

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

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

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00356

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAOUISSER

Mohamed A

Date de naissance : 24-02-1942

Adresse : TAMARIS ANFA 1 Villa 138

DARBOUADA

Tél. : 0659281409

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 : ..... / ..... /

Signature de l'adhérent(e) : .....

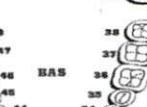
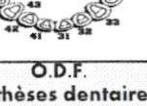


#### SOINS ET PRÉVENTIQUES DENTAIRES

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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
	H D 00000000 00000000 35533411	25533412 00000000 00000000 11433553	G G 00000000 00000000	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>
				<b>Fin de</b> <input type="text"/>

VOLET ADHERENT	NOM : .....	Mme
DECLARATION N°	W17-101023	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-101023

**DATE DE DEPOT**

/...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 00356		
Nom & Prénom TAOUZER MOHAMED				
Fonction Retraité		Phones 0661673138		
Mail mtaouzer@hotmail.com				
MEDECIN	Prénom du patient TAOUZER Mohamed			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Age		
Nature de la maladie		Date 02/12/2006		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances HTO + catarrhe a DC				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
02/12/2006	?	250000		
PHARMACIE	Date 02.12.2006			
Montant de la facture 996,30				
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوعسم مليكا

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

اللaser.....

زولامول®  
Xolamol®

Lot: 2 B 0291

Fab: 02 20

Exp: 02 22

P.P.V: 110 DH 70

Xolamol®

Lot: 2 B 0291

Fab: 02 20

Exp: 02 22

P.P.V: 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: 2 B 0291

Fab: 02 20

Exp: 02 22

P.P.V: 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: 2 B 0291

Fab: 02 20

Exp: 02 22

P.P.V: 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: 2 B 0291

Fab: 02 20

Exp: 02 22

P.P.V: 110 DH 70

Casa le: 02 Décembre 2020

Mr. TAOUZER Mohamed

XOLAMOL: COLLYRE

SV

1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 6 Mois

99613

زولامول®  
Xolamol®

Lot: 2 B 0291  
Fab: 02 20  
Exp: 02 22  
P.P.V: 110 DH 70

Xolamol

زولامول®  
Xolamol®

Lot: 2 B 0291  
Fab: 02 20  
Exp: 02 22  
P.P.V: 110 DH 70

Dr. BOUKSIM M.  
OPHTHALMOLOGISTE  
Ed. Oulfa Résidence Al Firdaus  
Imm. 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Casa 22914111

Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11