

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## **Biologie 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 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

54937

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0010039**

### **Maladie**

### **Dentaire**

### **Optique**

### **Autres**

#### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **2492**

Société :

**R A M**

**Retraite**

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LAQALACH HASSAN**

Date de naissance : **02 - 01 - 1956**

Adresse : **Residence Alba Bn. n° 1 fil "G" Apt "S" H. n° 1**

Tél. **06.64.33.24.42** Total des frais engagés : **487,00 Dhs**

#### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **21/11/2012**

Nom et prénom du malade : **LAQALACH MASSA**

Age : **56 ans**

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **HTA**

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 :

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Le : **11/05/2012**



## **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
88/10/00/00	00000000000000000000000000000000	00000000000000000000000000000000	00000000000000000000000000000000	Dr. Siham BELAICHE Cardiologue Angle Bd. Ibn Tachfine et Adrar El Moutauchi 2000 Fès 0522 11 11

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **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.

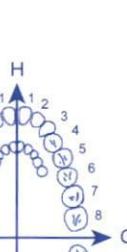
### **Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

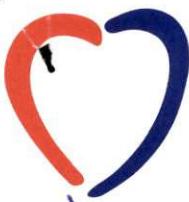
#### **[Création, remont, adjonction]**

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	$  \begin{array}{c cc}  & H & \\  \begin{matrix} 25533412 \\ 00000000 \end{matrix} & \begin{matrix} 21433552 \\ 00000000 \end{matrix} & \\  \hline  \begin{matrix} 00000000 \\ 35533411 \end{matrix} & \begin{matrix} 00000000 \\ 11433553 \end{matrix} & \\  & B & \\  \end{array}  $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS

# Dr. Siham BELAICHE

Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux

Explorations  
Cardio-Vasculaires



د. سهام بلعيش

إختصاصية في أمراض  
القلب و الشريان  
استكشاف أمراض  
القلب و الشريان

د ٢٢٠٩٤٢٤٢

La plach Hassa

79.00

Academ

- spf

237.00

3mm

de lient

Dr. Siham BELAICHE  
Cardiologue  
Angle Bd Ibn Tachefine et Adraa  
El Mourakuchi 3ème Etage N° 5  
Casablanca - Tel: 0522 620 095

Dr. Siham BELAICHE  
Cardiologue  
Angle Bd Ibn Tachefine et Adraa  
El Mourakuchi 3ème Etage N° 5  
Casablanca - Tel: 0522 620 095

زاوية شارع ابن تاشفين وابن العదر المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5  
(فوق أسيما و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd. Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ÈME étage, N° 5  
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél.: 05 22 61 11 33

LOT : 200126  
UT AV : 03/2022  
PPV : 79,00DH

PPV (DH) : LOT N° : UT AV. :

LOT : 200125  
UT AV : 03/2022  
PPV : 79,00DH

PPV (DH) : LOT N° : UT AV. :

LOT : 200126  
UT AV : 03/2022  
PPV : 79,00DH

PPV (DH) : LOT N° : UT AV. :